التدخل المبكر

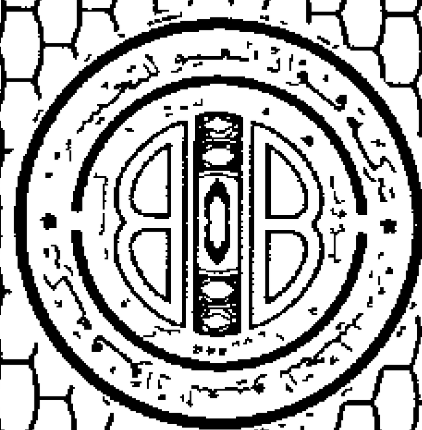
الأطفال المعرضون للخطر

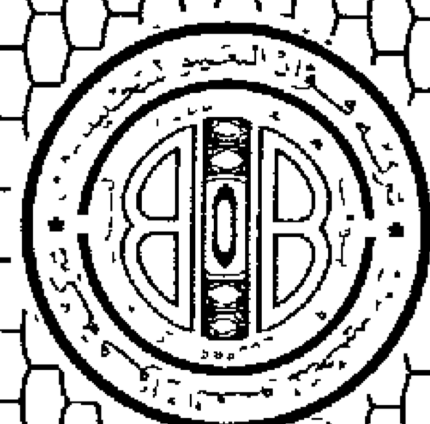
الدكتور
مصطفى نوري القمش
أستاذ التربية الخاصة المشارك
جامعة البلقاء التطبيقية
كلية الأميرة عالية

الدكتور
فؤاد عيد الجوالده
أستاذ التربية الخاصة المساعد
جامعة عمان العربية
كلية العلوم التربوية والنفسية









371 ,9
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية: (2013/8/3038)
المؤلف: مصطفى نوري القمش - فؤاد عيد الجوالده
الكتاب: التدخل المبكر - الأطفال المعرضون للخطر
الواصفات: صعوبات التعلم - التربية الخاصة - الطلاب المعوقون
لا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أو الناشر
ISBN:978-9957-16-847-6

الطبعة الأولى 2014م - 1435هـ



أسسها خالد محمود جابر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan

المركز الرئيسي
عمان - وسط البلد - قرب الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري - رقم 3 د
هاتف: 4646361 6 (962 +) فاكس: 4610291 6 (962 +) ص.ب 1532 عمان 11118 الأردن

فرع الجامعة
عمان - شارع الملكة رانيا العبد الله (الجامعة سابقاً) - مقابل بوابة العلوم - مجمع عربيات التجاري - رقم 261
هاتف: 5341929 6 (962 +) فاكس: 5344929 6 (962 +) ص.ب 20412 عمان 11118 الأردن

Website: www.daralthaqafa.com e-mail: info@daralthaqafa.com

Main Center
Amman - Downtown - Near Hussayni Mosque - Petra Market - Hujairi Building - No. 3 d
Tel.: (+962) 6 4646361 - Fax: (+962) 6 4610291 - P.O.Box: 1532 Amman 11118 Jordan

University Branch
Amman - Queen Rania Al-Abdallah str. - Front Science College gate - Arabiyat Complex - No. 261
Tel.: (+962) 6 5341929 - Fax: (+962) 6 5344929 - P.O.Box: 20412 Amman 11118 Jordan

Dar Al-Thaqafa For Publishing & Distributing

الثقافة للتصميم والإخراج

التدخـــل المبكـــر
الأطفـال المعرضـون للخطـر

الدكتور
مصطفـى نـوري القمـش
أستاذ التربية الخاصة المشارك
جامعــة البلقـاء التطبيقيـة
كليــة الأميــرة عاليــة

الدكتور
فـؤاد عيـد الجوالـــده
أستاذ التربية الخاصة المساعد
جامعــة عمـــان العربيـــة
كلية العلوم التربوية والنفسية

دار الثقافة
للنشر والتوزيع
1435هـ-2014م

الإهداء

إلى . . .

الزملاء في فريق التدخل المبكر

"متعدد التخصصات"

نظراً للتعاون والتنسيق غير المسبوق لخير الإنسانية

الفهرس

الفصل الثالث

الوقاية

الفصل الرابع

التدخل المبكر

الفصل الخامس

خدمات التدخل المبكر للمعاقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم

الفصل السادس

خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الحسية

الفصل السابع

خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الجسمية والصحية

الفصل الثامن

خدمات التدخل المبكر لذوي اضطرابات السلوك والتواصل

الفصل التاسع

خدمات التدخل المبكر للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

الفصل العاشر

تأهيل ذوي الإعاقات

الفصل الحادي عشر

مشاريع وبرامج التدخّل المبكر العالمية الحديثة

الفصل الثاني عشر

دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر

قائمة الجداول

المقدمة

الحمد لله رب العالمين له الفضل وله النعمة وله الثناء الحسن، صلوات الله البر الرحيم والملائكة المقربين على سيدنا محمد سيد المرسلين وعلى جميع إخوانه من النبيين والمرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين.

إن قضية التدخل المبكر أصبحت تطرح نفسها بكل قوة في الميادين العلاجية والتربوية التي تقدم خدماتها لذوي الحاجات الخاصة، فمن الممكن تخفيف تأثيرات الإعاقة وربما الوقاية منها إذا تم اكتشافها ومعالجتها في وقت مبكر جداً. ولقد أصبح ممكناً في الآونة الأخيرة الكشف عن عدة اضطرابات أثناء الحمل أو لدى الأطفال حديثي الولادة، حيث إن التعرف المبكر على مثل هذه الاضطرابات ومعالجتها قبل حدوث تلف في الجهاز العصبي أو غيره من أجهزة الجسم يمنع حدوث الإعاقة.

ومن المعلوم لدى المختصين في ميدان التربية الخاصة مدى الارتباط الوثيق بين الطب والتطور الذي يشهده التدخل المبكر، وعلى الرغم من إقرار المؤلفين بأن هذا الميدان ما يزال في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن ثورة العلم والتقدم التكنولوجي الذي وصل إليه الإنسان قد أسهمت وبشكل كبير في الوقاية من كثير من الأمراض وتقليل مضاعفاتها إن حدثت.

ومن المعلوم أن علم الطب ومهنته تتبوأ مكانة رفيعة بين العلوم، ويُكسى صاحبها هيبة تليق به بحسب علمه وحذقه، ويزيد هذا تأكيداً ما للطب من علاقة جذرية بحياة الناس، ومنهم ذوي الحاجات الخاصة، فمن من الناس لا يمرض ولا يعتل؟ ومَنْ مِنَ الناس لا يعتري صحته سقم ولا نصب؟ فكل الناس كذلك – إلاّ من شاء الله – لذا ترى الناس يهرعون إلى طلب الاستطباب طمعاً في الشفاء، ويتحملون في ذلك الغالي والنفيس، وكل ذلك يهون أمام نعمة الصحة والعافية. لذا، كان لعلم الطب مكانته ومنزلته وقد بّين ذلك الإمام الشافعي – رحمه الله تعالى –

بعبارة موجزة فقال: ((إنما العلم علمان: علم الدين وعلم الدنيا . فالعلم الذي للدين هو الفقه والعلم الذي للدنيا هو الطب)).

ومن الجدير بالذكر أن مرحلة الطفولة تعد أهم مراحل النمو في حياة الإنسان، ولا يختلف علماء النفس والتربية على ضرورة العناية بالطفل في هذه المرحلة باعتبارها مرحلة التكوين والبناء الأساسية لشخصية الطفل وسلوكه في المستقبل.

وإذا كانت مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة حاسمة لنمو الأطفال العاديين فهي أكثر أهمية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، فسنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة أو متعددي الإعاقة، سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء، وفترات قصور نمائي وضياع فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة.

ويعتبر التدخل المبكر من المفاهيم الحديثة في حقل التربية الخاصة، والذي يلاقي اهتماماً بالغاً من ذوي الاختصاص نظراً للفوائد المرجوة منه، وهو عبارة عن سلسة من الإجراءات التي تعمل على الوقاية من الإعاقة، أو تأهيلها، أو التخفيف من آثارها، وبرامجه تكون في محورين رئيسين هما: التدخل من أجل الوقاية، والتدخل من أجل التأهيل؛ فهي تحسن وتغير سلوك الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وهذا التغير في السلوك قد يتمثل بزيادة مستوى استقلالية الطفل، وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتسابه أنماطًا سلوكية جديدة لم يكن قادراً على تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية المعرفية،أو اللغوية،أو الحركية أو الاجتماعية ـ الانفعالية، في ظل بيئة غنية ومستقرة . وتكمن أهميته في الطفولة المبكرة، حيث تشهد هذه المرحلة من عمر الطفل: تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجلوس والوقوف والمشي والجري والتوازن، إلى جانب نمو المهارات اللفظية والكلام، والتحكم بالبول، وعادات الطعام المقبولة، وتعتبر هذه الأمور ذات أهمية في دعم الطفل على التكيف مع بيئته، بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

لذا أصبحت مبررات التدخل المبكر وفاعليته أكثر وضوحاً من أي وقت مضى، والاهتمام ببرامج التدخل المبكر يعكس الإدراك المتزايد لأهمية مرحلة الطفولة المبكرة، ودورها في تجديد مسار النمو المستقبلي. كذلك بينت الخبرات والدراسات العلمية في العقد الأخير أن للتدخل المبكر وظائف وقائية مهمة، وأنه ذو جدوى اقتصادية، وأن له فوائد طويلة المدى تنعكس على تقدم المجتمع وسلامته، وليس من شك في أن الاهتمام المتزايد بتصميم برامج التدخل المبكر وتنفيذها نجم عن اهتمام مماثل بالكشف المبكر عن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة على طرفي المنحنى الاعتيادي، فثمة علاقة منطقية واضحة بين الكشف المبكر والتدخل المبكر، إذ كيف يمكن تقديم خدمات التدخل المبكر دون الكشف المبكر عن هذه الفئة من الأطفال؟. وما الفائدة المرجوة من الكشف المبكر إذا لم تكن هناك برامج للتدخل المبكر؟

يهدف هذا الكتاب بوجه عام إلى تعريف الطالب بالمبادئ الأولية والمفاهيم الأساسية في مجال التدخل المبكر، والتي تمكنه من فهم مبادئ التربية الخاصة للطفولة المبكرة وتطورها ومبرراتها ونماذجها، ومعرفة الخصائص التربوية والنفسية والحاجات النمائية لذوي الحاجات الخاصة في الطفولة المبكرة، وبرامجهم وأساليب تعليمهم في مرحلة ما قبل المدرسة، وأساليب الكشف عنهم وطرق الوقاية من الإعاقات في الطفولة المبكرة، ومعرفة الاتجاهات الحديثة في هذا الميدان.

عزيزي القارئ: نضع بين يديك الطبعة الأولى من كتاب التدخل المبكر "الأطفال المعرضون للخطر"، من أجل إلقاء الضوء على الخدمات الجلية التي تقدمها الفرق متعددة التخصصات ، والتي تبين التعاون الإنساني بأرقى صوره، وتحديداً سعى الكتاب بفصوله الاثنى عشر إلى تناول التدخل المبكر "الأطفال المعرضون للخطر" كما يلي :

الفصل الأول: تناول التربية الخاصة والتدخل المبكر، من حيث عرض التعريفات والمصطلحات، وإبراز تاريخ الأوائل والتاريخ المعاصر في هذا الميدان، وتشريعات التربية

الخاصة، والعناصر الأساسية للقانون العام (142-94)"IDEA"، وكذلك التدخل المبكر والتعليم الفردي لذوي الحاجات الخاصة.

الفصل الثاني: تطرق إلى عوامل وأنماط الخطر، وتم إيضاح الخطر البيولوجي الذي يصنف إلى: عوامل ما قبل الولادة، وأثناءها، وما بعدها، والخطر البيئي المتمثل: بالعوامل البيئية التي تؤثر على النمو في فترة ما قبل الولادة وما بعدها.

الفصل الثالث: استعرض طرق الوقاية من الإعاقات، وقدم استراتيجيات رئيسة للوقاية مثل: المطاعيم، والإرشاد الجيني، وتقديم الرعاية لمرحلة ما قبل الولادة المبكرة، والفحوصات التي تجرى قبل الولادة، وذكر خصائص برامج التدخل المبكر الفعّالة، وكيفية التعرف على الأطفال المعرضين للخطر وتشخيصهم، وإيضاح المشكلات التي تواجه التنبؤ بالإعاقات من خلال عوامل الخطر.

الفصل الرابع: سعى إلى شرح التدخل المبكر من حيث تعريفه وأهميته ومبرراته ومراحله واستراتيجياته، وتم استعراض أبرز نظريات التدخل المبكر، والفئات المستهدفة في برامجه، وعرض أساليب الرعاية في التدخل المبكر، وفريق العمل في برامج التدخل المبكر من حيث صفاتهم والكفايات اللازمة التي يجب أن يتمتعوا بها ووظائفهم.

الفصل الخامس: أوضح هذا الفصل خدمات التدخل المبكر المقدمة لفئتي المعاقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم، وقد تم توضيح أهمية الكشف المبكر والتدخل المبكر للمعاقين عقلياً، وأهداف خدمات الأمومة والطفولة الصحية، وطرق تعليم مهارات الحياة، والبرامج التعليمية للمعوقين عقلياً، والتوجيهات العامة المقدمة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً، أما فئة صعوبات التعلّم، فقد تم توضيح الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بصعوبات التعلم، وذكر أهمّ أساليب تدريسهم.

الفصل السادس: تطرق إلى خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الحسية "السمعية والبصرية"، والصعوبات التي تواجه رعايتهم، وذكر البرامج التربوية المقدمة لهم، والمقومات الأساسية لبرامج التدخل المبكر للمعوقين سمعياً وبصرياً، وتم إبراز

التدخل المبكر والوقاية من هاتين الإعاقتين، وأهمية توظيف التكنولوجيا معهم، أما مشاعر الوالدين عند ولادة طفل أصم وكفيف فقد تم توضيحها، وتبيان متطلبات التعامل مع الصم المكفوفين.

الفصل السابع: وضح طبيعة خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الجسمية والصحية، وبيّن تعريفهم ونسبة الشيوع والتصنيفات المختلفة والضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية، وخصائصهم المختلفة والبرامج التربوية المقدمة لهم، والخدمات الواجب توافرها في البيئة التعليميّة، وتعديل البيئة الملائمة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً وبرامج تأهيلهم، وشرح خدمات التدخل المبكر المقدمة لمرضى السكري، والحصبة، وهشاشة العظام، والاستسقاء الدماغي، وشلل الأطفال، والتهاب الجهاز التنفسي، والثلاسيميا، وأخيراً شرح التدخل المبكر والوقاية من السرطانات (الأورام) ومضاعفاتها.

الفصل الثامن: يبحث خدمات التدخل المبكر لذوي اضطرابات السلوك والتواصل المتمثلة بفئات: اضطرابات السلوك، واضطرابات التواصل، والتوحد، وقد عرضت تعريفات هذه الفئات ونسب الشيوع، وتصنيفاتها ، واستعرض بعض البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة لهم، وقدم إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل معهم، وتطرق إلى طبيعة برامج التدخل المبكر المقدمة للتوحديين " الدمج".

الفصل التاسع: فقد بين المؤلفان فيه خدمات التدخل المبكر المقدمة للموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وبين هذه الفئة من حيث التعريف ونسبة الشيوع، وفئاتها المختلفة، كما تطرق للخصائص المتعددة الإيجابية منها والسلبية التي تميزهم، وبحث وبشكل مفصل في البرامج التربوية والأساليب العلاجية المقدمة للموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وطرق تكيف الأسرة مع صعوبات التعلم لدى أبنائهم الموهوبين، ودور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم الموهوب ذي الصعوبة التعلمية، وقدم إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع هؤلاء الأطفال، والمبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة.

الفصل العاشر: سعى إلى توضيح أهمية تأهيل ذوي الإعاقات، وبين العلاقة بين التدخل المبكر والتأهيل المهني، ووضح تعريف التأهيل المهني، وفلسفته ومقوماته وعناصره والعوامل التي ساهمت في تطوير خدمات التأهيل، وعرض التأهيل المهني والمعاقين سمعياً كنموذج.

الفصل الحادي عشر: عرض فيه بعض المشاريع والبرامج العالمية الحديثة للتدخّل المبكر مثل: برنامج بورتيج للتربية المبكرة، ومنهاج بافاريا، وبرنامج ـ سكاي هاي.

الفصل الثاني عشر: بين دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر وفي تنشئة الطفل المعاق، وقد بين التعريفات والمصطلحات مثل الأسرة والثقافة، والضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية، واتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الإعاقة، والمبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة، وأخيراً أبرز دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة.

﴿وَءَاخِرُ دَعْوَىٰهُمْ أَنِ ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ ٱلْعَٰلَمِينَ﴾

المؤلفان

الدكتور مصطفى نوري القمش

الدكتور فؤاد عيد الجوالده

الفصل الأول

التربية الخاصة والتدخل المبكر

- تمهيد .
- تعريفات ومصطلحات .
- نسبة انتشار الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .
- تاريخ الأوائل: معلمون عظماء وإرثهم التربوي .
- التاريخ المعاصر .
- التدخل المبكر وتشريعات التربية الخاصة .
- مصادر الدعم لمعلمي التعليم العام لإنجاح الدمج .
- العناصر الأساسية للقانون العام 94 ـ 142 "IDEA" .
- قانون الأمريكيين المصابين بعجز .
- التدخل المبكر والتعليم الفردي لذوي الحاجات الخاصة .
- دليل إعداد البرنامج التربوي الفردي حسب مكتب التربية الخاصة وإعادة التأهيل في الولايات المتحدة .
- أنصار ومعارضو التصنيف .
- الوضع التربوي .

الفصل الأول

التربية الخاصة والتدخل المبكر

تمهيد:

يهدف هذا العمل إلى تعريف القارئ بمحتوى التربية الخاصة، وإبراز حاجات الطلبة من حيث تنوعها وخلفياتهم وقدراتهم والجذور التاريخية والشرعية التي تطورت فيها التربية الخاصة المعاصرة، والأسئلة المستمرة المتعلقة بالكيفية والمكان التي يمكننا من خلالها مساعدة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في تحقيق إمكانياتهم من خلال برامج التدخل المبكر، وتحديداً سوف يسعى الفصل الحالي للإجابة على الأسئلة التالية:

1. ما هي التربية الخاصة؟.
2. ما هي الحاجات التي يشترك بها جميع الطلبة، سواء تم تصنيفهم على أنهم يعانون من إعاقة أم لا؟.
3. كيف يمكن لمعلمي التربية الخاصة والعامة أن يعملوا معاً من أجل تحسين النواتج التربوية لجميع الطلبة؟.
4. ما الذي يمكن تعلمه من معلمي الماضي مما قد يساعد في تحسين الممارسات الحالية.

تمتلئ المدارس بالأطفال من ذوي الحاجات الخاصة ويتنوع هؤلاء الأطفال ما بين: غامق وفاتح وهادئ وصاخب وسعيد وحزين. وقد تتمثل هذه الحاجات بالنسبة للبعض بالحاجة إلى الدفء والصبر والدعم للتغلب على الأوقات الانفعالية الصعبة، وتتمثل بالنسبة للآخرين بالحاجة إلى أن يقضي شخص ما زمناً كافياً للتعرف على ما يثير اهتماماتهم ودافعيتهم. وسوف نبدأ بدراسة بعض هؤلاء الأطفال الذين يمثلون تحديات خاصة لمعلميهم بما يعانون به من إعاقات أو ما يتمتعون به من مواهب خاصة وإبداعات ويحتاجون إلى برامج تدخل مبكر للحفاظ على ما لديهم من استعدادات يخشى فقدانها في حال تركت دون متابعة واهتمام، وهؤلاء هم ما يشير إليهم الأدب التربوي بمسمى (الأطفال المعرضون للخطر) " At Risk Children " (Moores,2001).

لا يجب أن تمنع الإعاقة طفلاً من انخراطه بشكل كلي في الحياة المدرسية.

ومن المعلوم أن المدارس أصبحت أماكن لوجود فئات متباينة من الطلبة، وفي بعض الأحيان، تكون التغيرات الناجمة عن هذا التنوع تثير القلق للمعلمين، فإذا لم يكن بإمكانك التحدث باللغة اليابانية كيف يمكنك تعليم طفل ياباني؟ وإذا كان الطفل الجديد القادم إلى صفك لا يمكنه الكلام، هل سيكون بإمكانك التواصل معه؟ كيف يمكنك التعاون مع الاختصاصيين الآخرين في مدرستك بشكل أفضل وبشكل يلبي حاجات هؤلاء الأطفال؟ ومع وجود الكثير من المسؤوليات الملقاة على عاتق المعلم، هل سيكون بإمكانه الاستجابة والتعليم ورؤية التقدم الذي يحرزه كل طالب من طلابه؟.

وعلى الرغم من أن الأطفال غير العاديين كانوا موجودين دائماً، إلا أن المحاولات الموثقة لتعليمهم حديثة نسبياً. وكما يشير هتشنسون وساندال (Hutchinson & Sandall, 1995) خلال التاريخ المسجل، من المحتمل أن الفئات الوحيدة التي كانت مهمة هي " الضعفاء، الشاذون، الفقراء". وتعتبر المفاهيم الحالية للعجز عكساً لقيم ومعتقدات الثقافة المعاصرة التي تركز على التحصيل اللفظي والفكري. ولقد جاءت أول محاولات معروفة لتعليم الأطفال المصابين بعجز في القرنين السادس عشر والسابع عشر عندما قام الكهنة وغيرهم من رجال ونساء الدين بتعليم مجموعات صغيرة من الأطفال الصم والمكفوفين.

هذا ويعتقد المؤلفان أن بالإمكان القيام بذلك، كما نأمل بمساعدة القارئ من خلال الفصول المختلفة للكتاب في التعرف على بعض خصائص الطلبة الذين يعتبرون في حالة خطر من الأطفال ذوي حاجات خاصة وبحاجة إلى برامج تدخل مبكر، كما ونعتقد بأن المعلمين قادرون على التعامل مع جميع الطلبة، والقيام بذلك وبشكل جيد.

تعريفات ومصطلحات:

قد يتساءل القارئ: ما هي التربية الخاصة؟

يعتبر موضوع التربية الخاصة من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس مقارنة بموضوعات هذا الميدان، مثل: علم نفس النمو، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الاجتماعي... إلخ، وتعود جذور هذا الموضوع وبداياته إلى النصف الثاني من

القرن العشرين. وهناك موضوعات وعلوم كثيرة تغذي ميدان التربية الخاصة، منها: علوم النفس والتربية، وعلم الاجتماع، والقانون، والطب. أما موضوع التربية الخاصة فهو يهدف إلى خدمة الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals) الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي؛ مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس المناسبة لهم.

التربية الخاصة هي عبارة عن برنامج تربوي
صمم لتلبية الحاجات الفريدة للأطفال غير العاديين.

التربية الخاصة هي البرنامج التربوي المصمم لتلبية الحاجات التعليمية والنمائية الفريدة لطالب غير عادي. وما هو خاص فيما يتعلق بالتربية الخاصة هو التعرف على الطبيعة الفريدة لكل فرد والتصميم المرافق لبرنامج تربوي مخطط بشكل محدد لتلبية حاجات هذا الشخص. والتربية الخاصة غير محددة بمكان "خاص" بحد ذاته، فمعظم مربي التربية الخاصة يعتقدون أن التربية الخاصة يجب أن تحدث في بيئة أكثر ما تكون طبيعية وسوية. وقد يحدث هذا في بيت الطفل نفسه، أو في صفوف التربية العامة، أو في مطعم ما، وفي مجتمع الطالب، وقد تحدث أحياناً في مستشفى أو في مدرسة معينة صممت لمجموعة معينة من الطلبة مثل مدرسة مصممة لطلبة صم.

التربية الخاصة:

ويمكن تعريف التربية الخاصة من خلال أكثر من منظور؛ فالبعض قد ينظر لها من زاوية قانونية، والبعض الآخر قد يراها من زاوية إدارية بحتة، على اعتبار أنها جزء من النظام المدرسي، ومجموعة أخرى قد تنظر لها من منظور اجتماعي أو سياسي على اعتبار أنها إحدى ثمار حركة الحقوق المدنية أو لكونها تعكس التغيرات في الاتجاهات المجتمعية نحو الإعاقة بشكل عام. لكن جميع التعريفات السابقة هذه لا تتحدث عن روح التربية الخاصة أو جوهرها، فجوهر التربية الخاصة هو التعليم، لذلك سيرتكز الحديث عن التربية الخاصة ضمن هذا الإطار.

مما تقدم يمكن تعريف التربية الخاصة بأنها: مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، إضافة إلى مساعدتهم في تحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف (القمش والجوالده، 2012).

الطلبة غير العاديين (ذوو الحاجات الخاصة ـ الطلبة المعوقون):

هم الطلبة الذين يتلقون خدمات تربية خاصة في المدرسة مثل المجالات الدراسية الأخرى. هناك مصطلحات خاصة بالتربية الخاصة؛ فنحن نستخدم عدة مصطلحات لوصف مجموعة من الطلبة التي نعمل معها، ونحن نستخدم هذه الكلمة لوصف مدى الطلبة ـ الذين نطلق عليهم مكفوفين، وموهوبين، وصم ـ ممن يتلقون خدمات تربية خاصة في المدرسة، وهو لا يعود ببساطة إلى الطلبة الموهوبين ولكن يعود إلى أي طالب قد يكون استثناء للقاعدة.

ولقد أطلق على هذه الفئة من الأفراد عدد من المصطلحات لوصفهم كأفراد يختلفون عن الطلبة العاديين والذين يحتاجون إلى الخدمات التربوية الخاصة، إلا أنه يمكننا وضع التعريف المبسط الآتي والذي يوضح المقصود بهذه الفئة من الأطفال: ((يشير مصطلح (الأطفال ذوو الحاجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين) إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم ودفع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم)).

مما سبق يلاحظ أن هذا المصطلح يشتمل على الأطفال الموهوبين وكذلك الأطفال المعوقين بفئاتهم المختلفة. وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من المصطلحات المستخدمة في ميدان التربية الخاصة تبين أوضاع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة (القمش والمعايطة،2010)، وفيما يلي توضيح لهذه المصطلحات:

- العجز (Disability): هي حالة تتصف بضعف وظيفي على النمو السوي وتنتج عن مشكلات جسمية أو حسية أو صعوبات في التعلم والتكيف الاجتماعي، إذاً فالعجز هو اصطلاح يشير إلى تدني الوظيفة أو فقدان أحد أجزاء الجسم أو أعضائه

مما يحد من قدرة الفرد على أداء بعض المهمات (كالمشي أو السمع أو البصر) كما يؤديها الفرد العادي.

وبهذا المعنى أيضاً لا يمكن اعتبار الفرد الذي يعاني من عجز ما على أنه معاق ما لم يؤدِ هذا العجز إلى مشكلات تربوية أو شخصية أو اجتماعية أو مهنية لدى الفرد، كما أن اصطلاح العجز هذا لا يشمل الأفراد الموهوبين.

يعتبر العجز تقييداً، بينما تعتبر الإعاقة تقييدات تفرضها البيئة واتجاهات الآخرين.

فعلى سبيل المثال قد يعترف بعض الأشخاص المصابين بالصم بأنهم عاجزون أي نسبة السمع لديهم قليلة، ولكنهم لا يعتبرون أنفسهم معاقين. فعجزهم لا يقيدهم بطرق يعتبرونها مهمة؛ فهم يرتبطون بمجتمع الصم الآخرين الذين يمكنهم أن يتواصلوا معهم بحرية، كما أنهم لا يواجهون في الغالب أشخاصاً يظهرون تحيزاً ضدهم، إنهم راضون عن حياتهم وقدراتهم وقيودهم. ومع ذلك، قد تعتبر طفلة المدرسة الصماء معاقة، فقد لا تكون تعلمت أن تتواصل بفعالية أو أن تقرأ اللغة العربية بشكل جيد مما يحد من قدراتها على التواصل مع الآخرين ومن تحصيلها الدراسي بشكل كبير.

والشاب الذي عانى من إصابة في الحبل الشوكي قد يغادر المستشفى وهو غير قادر على المشي ــ وهذا يعتبر عجزاً خطيراً وقد يعتبر إعاقة ــ ومع ذلك، ومن خلال المعالجة الفيزيائية وإعادة التأهيل، يمكن لهذا الشخص في الغالب أن يتعلم استراتيجيات للتكيف مع الإعاقة المرتبطة بالعجز، إن استخدام كرسي العجلات والأجهزة المعدلة في السيارة سوف تمكنه من أن يصبح قادراً على الحركة مرة أخرى، وقد تسهل تعديلات الفراغ في أماكن العمل والبيت من الوصول إلى هذه الأماكن باستخدام كرسي عجلات. واليوم، لا تمنع القيود الجسدية أي شخص من المشاركة في أنواع الرياضة بدءاً من سباق كرسي العجلات وانتهاءً بتسلق الجبال.

تركز لغة الإنسان أولاً على الشخص وليس على العجز.

فالتدخل المبكر يساعد في تخفيف أثر العجز على الأطفال الصغار، ومن الطبيعي أن التربية الخاصة تركز على منع الإعاقات (العجز) وعلى بدء الخدمات بوقت مبكر. ونحن نستخدم مصطلح "في خطر" لوصف هؤلاء الأطفال والصغار الذين لديهم احتمال أكثر من المعدل لتطوير عجز بسبب عوامل معينة مثل الولادة المبكرة جداً، والحرمان الاقتصادي والأمراض المزمنة مثل فقر الدم المزمن، أو مشكلات طبية مبكرة. كما يستخدم بعض المربين أيضاً هذا المصطلح لوصف الطلبة الأكبر سناً ممن قد يكون لديهم احتمال للتسرب من المدرسة.

- الإصابة (**Impairment**): وتحدث عندما يولد الفرد بنقّص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فسيولوجي أو جيني أو نفسي.
- الإعاقة (**Handicap**): هي عبارة عن عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو جسمية أو عقلية. والعجز هو الذي يسبب هذه المشكلات عند تفاعل الفرد المصاب به مع البيئة.

وتجدر الإشارة هنا أنه يجب التفريق بين مصطلح العجز والإعاقة وذلك على النحو الآتي:

إن مصطلح الإعاقة ليس مرادفاً لمصطلح العجز ويستخدم هذا المصطلح لوصف حالة أو حاجز فرض عن طريق المجتمع أو البيئة أو الشخص نفسه، ويمكن استخدام مصطلح الإعاقة عند الاستشهاد بالقوانين والحالات المحددة ولكن لا ينبغي أن يستخدم لوصف العجز، قل مثلاً "إن السلّم يمثل إعاقة له" أو "هو أعيق بالباص غير المجهز".

أما مصطلح العجز فهو مصطلح عام يستخدم للتعبير عن أوجه القصور الوظيفي الذي يحد من قدرات الفرد؛ مثال ذلك القدرة على المشي، أو السمع أو التعلم أو حمل الأشياء ويمكن أن يرجع ذلك إلى حالة جسمية أو عقلية أو حسية ويمكن استخدام هذا المصطلح كاسم وصفي أو صفة، فيمكن أن نقول مثلاً الأفراد العاجزون عقلياً وجسمياً أو الرجل العاجز.

▪ الأطفال المعرضون للخطر (**At Risk Children**): يشير هذا المصطلح إلى الأطفال غير المصابين حالياً بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطوير العجز لاحقاً. وأكثر ما يستخدم هذا الاصطلاح من قبل الأطباء للإشارة إلى حالات

الحمل التي من المحتمل أن ينشأ عنها أطفال عاجزون ويواجهون مشكلات نمائية (القمش والمعايطة، 2010).

نسبة انتشار الأطفال ذوي الحاجات الخاصة:

تعكس أرقام الانتشار عدد الطلبة من ذوي الحاجات الخاصة والذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة وحسب بعض المصادر ومنها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، أن ما نسبته (3 ـ 10٪) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق نتائج المسوح إلى أن ما نسبته (10 ـ 15٪) من الأطفال هم من ذوي الحاجات الخاصة، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية (10٪) وهي أقل منها في المجتمعات النامية حيث تبلغ (12.3٪) من مجموع السكان، هذا وتشير الإحصاءات إلى نوعين من فئات التربية الخاصة حسب معدلات انتشارها وهي:

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المرتفعة: وتشمل؛ صعوبات التعلم، الإعاقة العقلية واضطرابات السلوك واضطرابات النطق.
- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المنخفضة: وتشمل؛ الإعاقة البصرية والسمعية والإعاقات الجسمية والصحية والتوحد وإصابات الدماغ وفئة الصم المكفوفين (Unesco, 2000).

ففي كل عام يقدم مكتب التربية الخاصة وإعادة التأهيل (OSERS) في الولايات المتحدة / دائرة التربية تقريراً للكونغرس يصف انتشار أو عدد الطلبة المصابين بعجز والذين يتلقون خدمات تربية خاصة. والجدير ملاحظته هنا أن هذه الأرقام تعكس الكيفية التي يحتاج بها العديد من الطلبة خدمات التربية الخاصة. وتستخدم هذه الأرقام لتوزيع الأموال، ولتقرير فيما إذا كان هناك عدد كاف من المعلمين، ولغير ذلك من الأغراض الأخرى المتعددة.

وقد ذكر التقرير السنوي الثاني والعشرون للكونغرس والمتعلق بتطبيق قانون الأفراد المصابين بعجز تربوي لعام (2000)، أن هناك (6,114,803) أطفال تلقوا خدمات تربية خاصة خلال العام الدراسي (1998 ـ 1999).

تاريخ الأوائل: معلمون عظماء وإرثهم التربوي

هناك سلسلة من المعلمين الأوائل حاولوا التجديد في أوروبا والولايات المتحدة ممن كانوا رواداً في الأساليب التعليمية التي تعتبر أساس التربية الخاصة، ويأتي على رأس هؤلاء جان ايتارد، حيث إنه وفي العام (1799) عندما كان ايتارد طبيباً يبلغ الخامسة والعشرين من العمر في باريس، وجد طفلاً يبلغ الحادية عشرة أو الثانية عشرة من العمر في الغابات بقرب بلدة افيرون الفرنسية، كان الطفل بلا ملابس، مليئاً بالخدوش ومغطى بالأوساخ ولم يكن يمشي ولكن كان يركض، ولم يكن على معرفة بأي من معتقدات الحضارة الإنسانية ولم يكن يتكلم. وأثار هذا الطفل الكثير من الجدل في فرنسا ما بين: دعاة النظرية الفطرية Nativists الذين اعتقدوا أن إمكانيات الشخص يتم تقريرها عبر الوراثة الجينية وبذلك لا يمكن أن تتغير، ودعاة النظرية الحسية Sensationalists الذين اعتقدوا أن المدخلات البيئية على شكل خبرة حسية يمكن أن تغير من تطور الشخص الفكري. وهنا ثارت قضية من يغامر بتعليم هذا الطفل البري ـ أي يجعله متحضراً؟

تطوع ايتارد الذي يحمل في داخله التراث المتفائل للثورة الفرنسية بالقيام بالمهمة. وعلى مدى خمسة أعوام، عاش مع هذا الطفل الذي أطلق عليه اسم "فيكتور" في مدرسة للأطفال الصم في باريس وهو يحاول أن يعلمه، لقد كانت أعظم آماله أن يتعلم الطفل اللغة التي اعتبرها ايتارد علامة المجتمع المتحضر، وخلال دروس يومية جادة، قام ايتارد بمكافأة فيكتور بكميات صغيرة من الطعام عند إنجازه لمهمة ما، وبعد (9) أشهر، أنجز فيكتور أول أهداف ايتارد، حيث طور روتيناً صحياً شخصياً ذاتياً للنوم والأكل (Lane, 1976).

ومع ذلك وبعد مرور خمس سنوات، اعتبر ايتارد أنه فشل في عمله على الرغم من أن فيكتور استطاع أن يميز بعض الكلمات المطلوبة، واكتسب العديد من سلوكيات "الحضارة"، إلا أن كلماته الوحيدة كانت (حليب، ويا إلهي)، وبكثير من خيبة الأمل، تخلى ايتارد عن عمله مع فيكتور، الذي اعتنت به زوجة حارس مدرسة الصمم إلى حين وفاته وهو في حوالي الأربعين من العمر.

وقد أشار كوك وتيسيير وكلين (2000) أنه على الرغم من أن ايتارد شعر بالفشل لأنه لم يتمكن من جعل فيكتور "سوياً "، وجد آخرون أساليباً تعليمية وذلك من خلال التغيير الذي حدث لفيكتور، ومن بين هؤلاء كان هناك ادوارد سيجون الذي

أصبح تلميذاً لايتارد؛ حيث اعتمد على أساليب ايتارد في تشكيله لمنهجه الخاص في تعليم الأطفال الذين نصفهم الآن أنهم مصابون بإعاقة عقلية. وقامت ماريا مونتيسوري بترجمة كتاب كتبه سيجون عن أساليبه الخاصة ومواده وجعلتها أساس طريقة مونتيسوري المستخدمة أولاً مع الأطفال المصابين بإعاقة عقلية. وشملت أساليب مونتيسوري التعليمية تطوير فضول الأطفال الطبيعي وتدريب الحواس من خلال مواد يمكن استخدامها ثلاثية الأبعاد ومادية (**Cook, Tessier, & klein, 2000**).

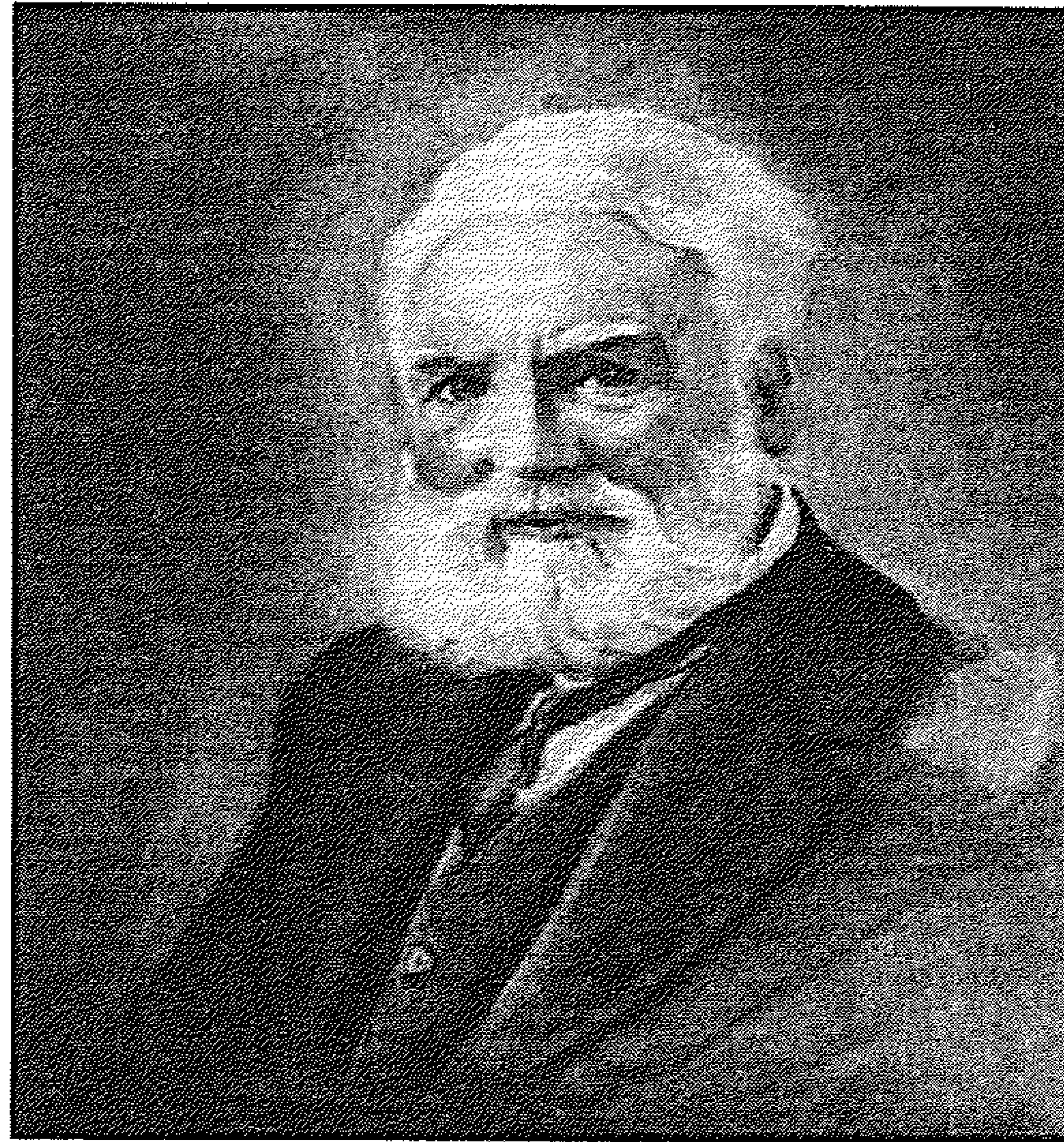
لقد طبق ادوارد سيجون وماريا مونتيسوري
أساليب ايتارد عند تعليم أطفال مصابين بإعاقة عقلية.

لقد وصلت أفكار وأساليب هؤلاء المعلمين الأوروبيين العظام إلى العديد من الأميركيين الذين كان لهم دور مؤثر في إرساء قواعد التربية الخاصة في الولايات المتحدة، ومنهم:

- صاموئيل جريدلي هاو: (1801-1876) خريج جامعة هارفرد/ كلية الطب، مصلح سياسي. وقد طور أساليب لتعليم الأطفال الذين كانوا صماً ومكفوفين ولقد قام بتعليم لورا بريدجمان، وهي امرأة شابة مصابة بالصمم والعمى. ولقد أصبح أسلوبه التعليمي أساساً للأساليب المستخدمة في مدرسة بيركز للمكفوفين في واتر تاون / ماساشوستس، وهي أول مدرسة للطلبة المصابين بعجز في هذه الدولة، وهي المدرسة التي ساعد هاو في تأسيسها.
- ثوماس هوبكنز جالوديت: (1787-1851)، وهو خريج كلية ييل واندوفر للاهوت كانت بداياته عندما حاول أن يعلم أليس كوجسويل ابنة الجيران الصماء البالغة من العمر (9) أعوام بعض الكلمات والجمل البسيطة. سافر جالوديت إلى أوروبا لكي يتعلم من المعلمين هناك، ثم عاد إلى وطنه مع معلم كان هو نفسه أصماً وهو "لورنت كليرك". بعد ذلك أصبح جالوديت مدير أول مدرسة للأطفال الصم في الولايات المتحدة والتي أسسها والد أليس كوجسويل وآخرون، وكان أول معلم في المدرسة لورنت كليرك، حيث قام كليرك بتدريب العديد من المعلمين في أول مدارس للأطفال الصمم في هذه الدولة. ولقد

أطلق اسم جامعة جالوديت في واشنطن نسبة له، كما أطلق "مركز لورنت كريك الوطني لتعليم الصم" في جامعة جالوديت للاعتراف بالدور المبكر لمعلم أصم في تعليم الأطفال الصم (Moores, 2001).

- أليكساندر جراهام بل: (1847 ـ 1922) لم يكن أليكساندر جراهام بل يعتز بنفسه على أنه مخترع الهاتف بل على أنه معلم لأطفال صم. جاء بيل من عائلة كان معظم أفرادها معلمي نطق وكلام ولذلك كان من الطبيعي بالنسبة له أن يستخدم مهاراته في تعليم الأطفال الصم الكلام. ولا تزال آراء بيل حول إثراء الكلام والصمم لدى الأطفال الصم حية إلى الآن ممثلة بأعضاء رابطة أليكساندر جراهام بيل للصم ومقرها في واشنطن.



- آن سوليفان ماسي: (1866 ـ 1936). وهي معلمة "هيلين كيلر" المحبوبة والتي كانت تشكل إلهاماً للعديد ممن دخلوا مهنة التعليم، وسوليفان التي كانت تعاني من إعاقة بصرية حادة حتى بلوغها سن المراهقة، كانت إحدى طالبات مدرسة بيركز للمكفوفين وتمت توصيتها لوالدة هيلين كيلر بواسطة أليكساندر جراهام بيل. درست سوليفان سجلات الدكتور هاو المتعلقة بتعليم لورا بيدجمان بعناية قبل ذهابها للعمل لدى عائلة كيلر. وهذه الأساليب، بالإضافة إلى ذكاء آن سوليفان والتزامها وإبداعها ساعدت هيلين كيلر في أن تصبح الشخص الذي كانت عليه.

التاريخ المعاصر:

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال الصم والمكفوفين والمعاقين عقلياً في الولايات المتحدة، واقتصر هذا الاهتمام في صورة نمطية تمثلت بالإيواء. واستمر هذا الوضع إلى ستينيات القرن الماضي، وقد تصاعدت وتيرة الاهتمام بفئة ذوي الحاجات الخاصة بسبب أمرين:

- أولهما انتخاب جون. ف. كندي رئيساً للولايات المتحدة في عام (1960)، وقد كانت شقيقة كيندي والتي تدعى روزماري تعاني من إعاقة عقلية، حيث تعهد كيندي أمام ناخبيه بتحسين نوعية حياة المعاقين عقلياً، وسعى للعناية بهذه الفئة وقدم خدمات جلية منها: إنشاء لجنة الرئيس للإعاقة العقلية ــ وهي مجموعة من الباحثين الممارسين من ذوي الخبرة والذين تعرفوا على القضايا والأولويات في هذا المجال ــ، كما وفر الدعم المالي من الأموال الفدرالية لتعليم معلمي الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، .وأيضاً قدم كيندي إسهاماً معنوياً تمثل باعترافه بوجود إعاقة عقلية في عائلته ووعد والتزم بتحسين الخدمات المقدمة لذوي الحاجات الخاصة، وقد أدى ذلك في التخفيف من الشعور بالعار من الإعاقة العقلية. كما ساعد في توفير الدعم النفسي لمعلمي التربية الخاصة التي تعنى بتعليم هذه الفئة.
- وتمثل الأمر الثاني في قيام حركة الحقوق المدنية. حيث أسهمت هذه الحركة بالمطالبة السياسية والاجتماعية للأميركيين من أصل أفريقي بحقوق متساوية وإمكانية الحصول على فرص لجميع فئات المجتمع، مما وفر بيئة مناسبة لرفع سقف مطالب أسر ذوي الحاجات الخاصة وجماعات الدعم لما يمكن تحقيقه فيما يخص هذه الفئة من المجتمع.

ذكر كل من هاري ورويدا وكاليانبور (Harry,Rueda & kalyanpur,1992) أنه في عام(1972) أطلق ولف ولفنينسبيرجر مبدأ التطبيع ـ والذي نصه: يجب أن يمتلك الأشخاص المصابون بعجز الفرصة لعيش حياة قريبة من حياة الناس الأسوياء بقدر الإمكان. وتعني هذه الفلسفة بأنه بغض النظر عن مقدار شدة إعاقة الفرد، يجب أن يمتلك الفرصة للمشاركة في جميع مظاهر المجتمع. وبالتالي تحويل مبدأ الإيواء الموجود بشكل عميق في الخدمات المقدمة للأفراد المصابين بعجز إلى حركة اللاإيواء للمساهمة

في إنهاء عزل الأشخاص المصابين بإعاقة عقلية عن المجتمع، حيث قادت هذه الحركة المعروفة باسم "اللاإيواء" Deinstitutionalization إلى تأسيس العديد من البيوت ذات المجموعات الصغيرة وغيرها من تسهيلات الإقامة المجتمعية في المدن والقرى.

وفي المدرسة، قاد تطبيق مبدأ "التطبيع" Normalization إلى الابتعاد عن الصف (تعليم الأطفال المعوقين في مدارس مخصصة لهم أو في مبان منفصلة) والاقتراب من هدف التعليم في بيئة أقل تقييداً. وبعد إصدار التشريع التربوي الخاص والذي يعتبر مَعلماً (قانون تربية الأطفال من ذوي الإعاقات) في عام (1975) The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)، استخدم المربون مصطلح "التسجيل في المدارس العامة" (Mainstreaming) لوصف مشاركة الأطفال المصابين بعجز في صفوف التعليم العام. واليوم، تستخدم كلمة"الدمج "، ويعني الدمج وضع الطفل المصاب بعجز في صفوف التعليم العام مع توفير أنواع الدعم التي يحتاجها الطفل هناك. ويذكرنا هذا التقرير المتعلق بتعديلات عام (1997) على قانون IDEA بأهداف وغايات الدمج.

إذاً فالدمج هو وضع الأطفال المصابين بعجز في صفوف التعليم العام مع توفير أنواع الدعم التي يحتاجها الطفل هناك.

وقد أولت تعديلات عام (1997) على القانون التربوي المتعلق بالأفراد من ذوي الإعاقات (IDEA) تركيزاً على تعليم هؤلاء الطلبة في بيئة أقل تقييداً. وبشكل خاص، يشجع القانون إتاحة الفرص لهؤلاء الأطفال للمشاركة في أوضاع تعليم عام وفي منهاج التعليم العام. وتعتبر عملية دمج هؤلاء الأطفال في مثل تلك الأوضاع مهمة لأنها تزيد من توقعات أداء الطلبة وتوفر الفرص للأطفال المعوقين لكي يتعلموا مع أقرانهم الأسوياء كما يسهم في التعاون ما بين معلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة بالإضافة إلى زيادة مسؤولية النتائج التربوية على مستوى المدرسة.

تتطلب ممارسة الدمج التعاون ما بين المربي العام والمربي الخاص بالإضافة إلى الزمن والصبر والرغبة.

ومـن ناحيـة تطبيقيـة، يبـدو أن هنـاك سلسلة مـن الـدمج تـتراوح مـا بـين الـدمج الكامـل والـدمج الجزئـي للطالـب مـن ذوي العجـز في غرفـة صـف التعلـيم العـام إلى المشاركة الجزئية بالنسبة للمواضيع والأنشطة غير الأكاديمية.

وهنـاك متطلبـات ذات اعتبـار عنـد تطبيـق الـدمج سـواء مـن معلم التعليم العـام أو معلم التربيـة الخاصـة. وغالبـاً مـا يكـون التعـاون الـذي يجـب أن يحـدث جديـداً بالنسبة للاثنين، كما أنه مهارة تتطلب وقتاً وصبراً ورغبة.

ومن الجدير بالذكر أن هنالك آراء مختلفة ما بـين مؤيـد ومعـارض للـدمج؛ يعتقـد العديد من المربين المؤيدين وبقوة للدمج بضرورة الدمج حيث يجب أن يكون الدمج أحد الخيارات في سلسلة خيـارات البرنـامج وبـأن الحاجـات الفرديـة للطفـل هـي الـتي يجـب أن تقرر تحديد وضع الطفل،وليس فلسفة "مقياس واحد للجميع".

ولقـد أكـدت قـرارات المحكمـة في الأعـوام العديـدة الماضية علـى الحاجـة إلى سلسلة من خيارات البرامج المتعلقة بالدمج، وما بين الأعوام الدراسية (1985 ـ 1997)، ازداد عدد الطلبة من ذوي العجز والـذين تمـت خـدمتهم في غرفـة صـف التعلـيم العـام مـن (5.25٪ ـ 7.45٪) أي بزيادة نسبتها (20٪) على مدى (11) عاماً. ويترافق مع هذه الزيادة اتجـاه نحـو الانخفـاض في نسبة الطلبـة مـن ذوي الإعاقـات الـذين يـتم تعليمهم في غـرف المصادر والصفوف الخاصة (باستثناء الطلبة الذين يعانون من إعاقة شديدة).

وفي بعض الأحيان، اعترض مربـو التعلـيم العـام علـى ممارسـات الـدمج مؤكـدين علـى أنهـم غـير مـؤهلين لتلبيـة الحاجـات الفرديـة للأطفـال المـصابين بإعاقـات. وأن هـذه الممارسـة تـستهلك الوقـت وتأخـذ مـن وقـت الأطفـال الآخـرين. ولكـن هنـاك العديـد مـن مربي التربية الخاصة ممن يعتقدون أن الوضع في أوضاع منعزلة مثل مدرسة مختصة، أو صفوف ذات أيـام مخصصة قـد تـؤثر علـى النمـو الاجتمـاعي والأكـاديمي للأطفـال مـن ذوي الإعاقات كما تـؤدي أيضاً إلى تحديد فـرص الأطفـال العـاديين لكـي يتعلمـوا مـن هؤلاء المصابين بإعاقات.

وتقترح كل من فيلا وثاوزاند وميرز ونيفين(Villa,Thousand, Meyers & Nevin 1996) أن غالبية معلمي التعليم العام والمدراء يدعمون فكرة الدمج إذا ما أخذ بعين الاعتبار الـدعم المناسـب والممارسـات التعاونيـة هـذا ومـن الأهميـة بمكـان ضـرورة فهـم مـا هـي "أفـضل

الممارسات" لدمج الأطفال المصابين بإعاقات في صفوف التعليم العام. وتقع هذه الممارسات ضمن ثلاثة افتراضات:

أولاً: يجب أن يتلقى جميع معلمي التعليم العام إعداداً مناسباً وتعليماً يتعلق بتلبية حاجات هؤلاء الأطفال.

ثانياً: أن الأطفال المصابين بإعاقات هم متعلمون منتجون في غرفة صف التعليم العام.

ثالثاً: توفير المواد المساندة المناسبة لكل طالب مصاب بإعاقة وأيضاً للمعلمين.

التدخل المبكر وتشريعات التربية الخاصة:

يقضي القانون الفدرالي بتعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في "البيئات الأقل تقييداً"، وهذا هو الوضع الذي يقدم للطفل أكبر عدد ممكن من الخيارات للتفاعل مع أقران غير مصابين بإعاقات مع توفير نفس الفرص التي تم توفيرها لهؤلاء الأقران العاديين.

القانون العام 94 ـ 142:

يطالب القانون العام (**94 ـ 142**) وهو القانون المعروف اليوم بـ **IDEA** بتوفير تعليم عام ومجاني وملائم للأطفال في سن (**3 ـ 21**) عاماً من الأطفال المصابين بإعاقات وفي البيئات الأقل تقييداً.

ويعد هذا القانون ذا أثر عميق على الأطفال المصابين بإعاقات. حيث كان يطلق على هذا القانون سابقاً اسم "قانون تعليم جميع الأطفال المعاقين" (1975)، ولكنه يعرف اليوم بقانون تعليم الأفراد المصابين بإعاقة (عجز) (IDEA). ويطالب هذا القانون بتوفير تعليم عام مناسب ومجاني وفي البيئات الأقل تقييداً للأطفال من سن (3 – 21) عاماً.

وقبل إقرار القانون العام (94 ـ 142)، كان حوالي (5/1) من الطلبة فقط من المصابين بإعاقات في الولايات المتحدة منخرطين في البرامج المدرسية. وكانت البقية من هؤلاء الأطفال مستثناة من الالتحاق بالمدارس وتتلقى تعليماً غير مناسب، أو كان يتم إسكانها في مؤسسات لا توفر برامج تعليمية على الإطلاق. ولقد قام الكونجرس

بتعديل القانون عدة مرات، ونتيجة لإقرار قانون (1975) وتعديلاته، يمتلك هؤلاء الأطفال وعائلاتهم حقوقاً محددة بشكل جيد.

مصادر الدعم لمعلمي التعليم العام لإنجاح الدمج:

أشارت مجموعة من الدراسات التي أجريت على الدمج بأن معلمي التعليم العام الذين يدمجون طلبة من ذوي العجز في صفوفهم يحتاجون للمواد المساندة التالية:

1. الوقت: أشار المعلمون إلى حاجتهم إلى ساعة أو أكثر في اليوم للتخطيط للطلبة المصابين بعجز.
2. التدريب: يحتاج المعلمون إلى تدريب منهجي مكثف، كجزء من برامج منحهم الشهادة، ويكون هذا التدريب إما برامج مكثفة ومعدة بعناية يتلقونها أثناء الخدمة، أو عملية مستمرة من اللقاءات مع المستشارين.
3. مصادر الأشخاص: يبلغ المعلمون عن الحاجة إلى مساعدة إضافية من أشخاص وذلك من أجل تحقيق الأهداف، وقد يشمل هذا مساعداً غير متفرغ واتصالاً يومياً مع معلمي التربية الخاصة.
4. مصادر المواد: يحتاج المعلمون إلى مواد مناهج إضافية وغيرها من معدات غرفة الصف المناسبة لحاجات الطلبة من ذوي العجز.
5. حجم الصف: أجمع المعلمون على أن حجم غرفة الصف يجب أن يتقلص إلى أقل من (20) طالباً إذا ما كانت هناك نية لدمج الطلبة من ذوي العجز.
6. مراعاة درجة العجز: يكون المعلمون أكثر رغبة في دمج الطلبة من ذوي العجز الخفيف من الطلبة من ذوي العجز الشديد.
7. المستوى الصفي: حيث تزداد متطلبات إحداث الدمج وبشكل أكبر لدى معلمي الثانوية عنها لدى معلمي الابتدائية.

وبشكل عام، يبدو واضحاً أن العديد من المعلمين لديهم تحفظات أو مخاوف فيما يتعلق بمشروع الدمج والتسجيل في المدارس العامة. وهم يعتقدون أن المساندة الأساسية ضرورية لكي تنجح هذه الجهود وعندئذ قد يعتمد النجاح النهائي للتسجيل في المدارس العامة أو لجهود الدمج، وبشكل كبير، على المدى الذي يتوفر فيه مثل هذا الدعم.

وقد ذكر كل من نوبلوش وسورينسون (Knoblauch & Sorenson, 1998) أن قانون (IDEA) حدد فئات بعينها تؤهل الطالب لتلقي خدمات التربية الخاصة. وفي ظل هذا القانون تعني عبارة "طفل مصاب بعجز" بأنه الطفل الذي يعاني من: إعاقة عقلية، إعاقة سمعية، اضطرابات في النطق والكلام، إعاقة بصرية، اضطرابات انفعالية حادة، توحد، إصابات الدماغ، وأنواع أخرى من العجز الصحي أو صعوبات تعلم محددة، أو أي طفل، بسبب من تلك الأسباب، يحتاج إلى تربية خاصة وخدمات ذات علاقة.

بالإضافة لتلك الفئات، يسمح تعديل (1997) على (IDEA) بأن تقوم الولايات المتحدة بتصنيف الأطفال من عمر (3 ـ 9) على أنهم "متأخرون نمائياً".

العناصر الأساسية للقانون العام 94-142 "IDEA":

حسب القانون الفدرالي، يتم التركيز على ما يطلق عليه " التربية الخاصة المصنفة"، وهذا يعني توفير خدمات لأطفال كما لو أنهم مصنفون في فئات. ويمكن القول إن الوضع ليس كذلك في "الحياة الواقعية". فالأطفال أكثر تعقيداً من ذلك، وتحديداً يستند قانون (IDEA) إلى العناصر الأساسية التالية:

1. عدم الرفض: لن يتم حرمان أي طفل مهما كانت شدة عجزه من الحصول على تعليم لائق من المدارس.
2. مجانية التعليم: يحق لكل طفل الحصول على تربية خاصة وما يتعلق بها من خدمات في المدرسة الحكومية مجاناً. وفي قلب هذا العنصر من القانون الخطة التربوية الفردية (IEP).
3. بيئة أقل تقييداً: يجب تعليم كل طفل مع أقرانه الذين لا يعانون من عجز إلى الحد الأقصى والمناسب.
4. تقييم غير متحيز: يجب أن ترتبط إجراءات التقويم بالعدل وبلغة الطفل الأصلية وباستخدام مقاييس متعددة.
5. إجراءات وقائية مناسبة للإجراءات والعمليات: يمكن للعائلات والمدارس أن تمارس حقوقها عند وجود خلافات مع مزودي الخدمة لأطفالهم في أي من القضايا مثل تحديد مستوى الطفل.

6. المساعدة المتعلقة بالتكنولوجيا: على فرق الخطة التربوية الفردية " IEP " أن تأخذ بعين الاعتبار فيما إذا كان الطلبة المصابون بعجز يحتاجون إلى أجهزة تكنولوجية مساعدة وخدمات من أجل الاستفادة من التربية الخاصة وما يرافقها من خدمات.

التعديلات الرئيسة على القانون العام 94 – 142:

لقد وسع القانون العام (99 -457) بنود قانون (94 - 142) لتشمل الأطفال من سن (3 - 5) أعوام. حيث إن القانون العام (99-457) وفي عام (1986)، قام الكونجريس بتعديل القانون العام (94 - 142) بالقانون العام (99 - 457).ولقد وسع هذا التعديل بنود القانون العام (94 - 142) لجميع الأطفال ما بين الأعمار (3 ـ 5) من خلال "برنامج منح ما قبل المدرسة". وبذلك، أصبح واجباً على الولايات التي تتلقى دعماً فدرالياً حسب هذه القوانين أن تقدم تعليماً عاماً مجانياً ومناسباً لأطفال ما قبل المدرسة أيضاً. بالإضافة لذلك، وحسب "برنامج الأطفال المعاقين"، يتم تزويد الولايات بحوافز لتطوير برامج تدخل مبكر للأطفال الصغار المصابين بعجز وأولئك الذين يواجهون خطر تطور إعاقة لديهم منذ الولادة وحتى سن الثالثة. ومن هذا المنطلق عمد المؤلفان للإشارة إلى القانون العام (94 - 142) لتوضيح الدور الكبير الذي لعبه هذا القانون لمساندة ودعم برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة لاسيما الأطفال منهم.

القانون العام 101 - 476:

إن قانون IDEA فوض الآن خطة انتقال فردية (ITP) لكل طالب يتلقى تربية خاصة من عمر (14) عاماً، حيث استخدمت تعديلات عام (1990) لغة "الناس أولاً" لإعادة تسمية قانون تربية المعاقين باسم "قانون تربية الأفراد المصابين بعجزIDEA". كما تعرف هذا القانون أيضاً على أهمية إعداد الطلبة للحياة والعمل بعد المدرسة. ولذلك، فرض إيجاد خطة انتقال فردية (ITP) لكل طالب مراهق يتلقى خدمات التربية الخاصة.

القانون العام (105 - 17):

وفر هذا التعديل الذي أجري في عام (1997) أكثر أهم المراجعات أو التعديلات للقانون والمتعلقة بتربية الأطفال المصابين بعجز منذ إقرار القانون العام (94 – 142) في عام (1975)، وفيما يلي سرد بأحدث التغيرات في هذا القانون.

تعديلات 1997 على قانون (IDEA):

تغييرات تؤثر على الممارسات:

1. ضرورة مشاركة الطلبة المصابين بعجز في برامج قياس (اختبارات) حكومية في جميع أنحاء الولايات مع وجود تعديلات عندما يكون ذلك ضرورياً.
2. التركيز المتزايد على ضرورة مشاركة الطلبة في وضع الخطة التربوية الفردية (IEP) الخاصة بهم.
3. على معلمي التعليم العام ضرورة المساهمة في تطوير ومراجعة وتعديل الخطة التربوية الفردية (IEP).
4. سوف تؤسس كل ولاية عملية وساطة تطوعية لحل الاختلافات بين الآباء والمدارس.
5. يجب أن تكون الوساطة متوافرة عندما يطلب أحد الآباء أو إحدى المدارس الحق بجلسة عملية.
6. سوف تكون الولايات قادرة على التعرف على الأطفال من عمر (3 ـ 9) على أنهم متأخرون نمائياً، إذا ما اختاروا هم ذلك.

تغييرات متعلقة بالانضباط:

1. يمكن للمدارس أن تفصل الطلبة المصابين بعجز إلى ما يقارب (10) أيام دراسية إذا ما استخدمت مثل هذه البدائل مع طلبة لا يعانون من عجز.
2. على المدرسة أن تستمر في توفير خدمات تربوية وتعليمية للطلبة الذين يعانون من عجز ممن يشكل فصلهم أو إخراجهم تغيراً في الوضع (يكون عادة أكثر من 10 أيام في العام الدراسي).
3. قد تنقل المدارس الطلبة الذين يعانون من عجز إلى أوضاع تعليمية بديلة مناسبة عند وجود سلوك غير سوي لمدة (45) يوماً.
4. يطلب القانون الآن من فريق (IEP) إجراء "تصميم التوضيح" عند التفكير بإجراء دراسة حالة للطالب الذي يعاني من عجز. وعلى فريق (IEP) أن يقرر، خلال عشرة أيام، بعد أن تقرر المدرسة دراسة حالة الطالب، فيما إذا كان سلوك الطالب مرتبطاً بالعجز، وإذا كان السلوك غير مرتبط بالعجز، قد

يتم دراسة حالة الطالب بنفس الطريقة التي تدرس بها الطلبة من غير ذوي العجز، ولكن مع وجوب استمرار تقديم الخدمات التربوية المناسبة.

قانون الأمريكيين المصابين بعجز The Americans with Disability Act:

يحمي قانون الأمريكيين المصابين بعجز (ADA) الحقوق المدنية للأشخاص المصابين بعجز في أربعة مجالات رئيسة:

1. الاستخدام في القطاع الخاص.
2. الخدمات العامة.
3. المرافق العامة.
4. الاتصالات الإخبارية.

في السادس والعشرين من شهر حزيران عام (1990)، أقر الرئيس جورج بوش القانون العام (101 - 336)، وهو قانون الأمريكيين المصابين بعجز (ADA). ولقد تحدث قائلاً: "ترحب أمريكا اليوم باندماج الأشخاص المصابين بعجز إلى الحياة العامة. دعنا نهدم جدران الفصل المخزية. إن (ADA) هو عبارة عن تشريع للحقوق المدنية للأشخاص المصابين بعجز. تغطي بنود (ADA) أربعة مجالات رئيسة: الاستخدام في القطاع الخاص، الخدمات العامة بما فيها التسهيلات العامة والباصات والقطارات والمرافق العامة بما فيها المطاعم والفنادق والمسارح ومكاتب الأطباء ومحلات البيع بالتجزئة والمتاحف والمكتبات والمتنزهات والمدارس الخاصة ومراكز الرعاية النهارية والاتصالات الإخبارية بحيث تصبح خدمات الهواتف متوافرة على مدى الأربع وعشرين ساعة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات سمعية ونطق".

مقاضاة Litigation

يوجد خلف القوانين المتعلقة بتعليم الأطفال غير العاديين سلسلة من القضايا في المحاكم رفعها آباء ومجموعات مناصرة لتحسين الخدمات المقدمة للأطفال. ولقد سبق إقرار قانون (IDEA) قضيتين قانونيتين مهمتين في المحكمة العامة خاطبتا الحاجة إلى إيجاد مدارس للأطفال المصابين بعجز والذين لم يتم تزويدهم حتى ذلك الوقت بأي تعليم قط.

طلبت رابطة بنسلفانيا للمواطنين المعاقين عقلياً (PARC) من مدارس بنسلفانيا توفير تعليم مجاني ومناسب للطلبة المصابين بإعاقة عقلية. ففي قضية رابطة بنسلفانيا للمواطنين المعاقين عقلياً (PARC) ضد كومونويلث بنسلفانيا (1972)، رفع آباء الأطفال المصابين بإعاقة عقلية قضية من أجل توفير تعليم لهؤلاء الأطفال. وحسمت القضية لصالحهم وطالبت المحكمة بنسلفانيا بأن توفر تعليماً عاماً مجانياً ومناسباً للطلبة المصابين بإعاقة عقلية. وفي قضية ميلز ضد مجلس واشنطن للتربية عام (1972)، تم الوصول إلى نفس القرار فيما يتعلق بجميع الأطفال المصابين بعجز في مقاطعة كولومبيا.

ومنذ إقرار القانون العام (94 ـ 142)، كان هناك عدة قضايا قامت من خلالها المحكمة بترجمة مظاهر متعددة من القانون. وكانت أول قضية وصلت المحكمة العليا في الولايات المتحدة المجلس التربوي لمدرسة هندريك هدسون ضد رولي (1982)، تعلقت بمسألة ما تؤلفه كلمة "تعليم مناسب"، لقد طالب والدا "إيمي رولي" وهي طفلة صماء بوجود مترجم للغة الصم وذلك لكي تتمكن من الاستفادة الكلية من المواد التي تعلم في صف نظامي وضعت فيه، وقررت المحكمة "أن التعليم المناسب لا يعني وجوب أن تحصل الطفلة على أفضل الإمكانيات، بل حصولها على فرصة معقولة للتعلم. وبما أن هناك دليلاً مقدماً على أن إيمي رولي يمكنها الحصول على بعض الفائدة من وضعها في صف منتظم دون وجود مترجم للغة الإشارة، فلا يمكنها الحصول على هذه الخدمة الإضافية".

هذا ومن الجدير ذكره أن قضايا رولي وتاتر تعلقت بمسؤولية المدرسة عن توفير "خدمات ذات علاقة".

ففي قضية مدرسة ايرفنج المستقلة ضد تاترو (1984)، قامت المحكمة العليا باستقصاء مسؤولية المدرسة في توفير القسطرة (خدمة طبية)، لطفل يعاني من شلل في الحبل الشوكي، ولقد كان محتاجاً لهذه الخدمة لكي يبقى في المدرسة، ولقد قررت المحكمة انه بما أن هذا الإجراء يمكن أداؤه من قبل ممرضة المدرسة ويحتاج الطفل لهذه الخدمة من أجل البقاء في المدرسة، فيجب اعتبارها خدمة ذات علاقة وليست خدمة طبية وعلى المدرسة توفيرها.

في قضية هونج ضد دو، حكمت المحكمة العليا بأن الطالب الذي يتلقى خدمات تربية خاصة لا يمكن فصله إذا كان السلوك محل السؤال مرتبطاً بعجزه.

وبين كل من ماج وكاتسيانس(Maag&Katsiyannis,2000)، أنه في عام (1988)، حكمت المحكمة العليا في قضية هونج ضد دو بأن الطالب الذي يتلقى خدمات تربية خاصة لا يمكن استثناؤه بشكل غير محدد من المدرسة ومن تلقى الخدمات المحددة في (IEP) بالإضافة لذلك، لا يمكن فصل الطالب من المدرسة إذا كان السلوك محل السؤال مرتبطاً بعجزه. ويؤكد حكم المحكمة الأمريكية العليا في عام (1999) في قضية جاريت في أن أية خدمة أو جميع الخدمات الضرورية للطالب الذي يعاني من حاجات رعاية طبية معقدة بما فيها خدمات التدخل المبكر تتم تغطيتها بواسطة (IDEA) طالما أن الطبيب لا يستطيع توفير هذه الخدمات.

التدخل المبكر والتعليم الفردي لذوي الحاجات الخاصة:

في التعليم الفردي المخصص للفرد يوجد برنامج خاص مفصل لكل طالب حسب حاجاته الفردية، وبناء على هذه الحاجات يتم التخطيط لتقديم برامج التدخل المبكر للفرد ذي الحاجة الخاصة، فقد وضحت القوانين المتعلقة بتعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مفهوم التعليم الفردي، حيث يجب أن يكون لكل طالب برنامج مفصل حسب حاجاته الفردية، ولقد شرع (IDEA) وتعديلاته نظاماً للتخطيط يمكن أن يمتد الآن منذ الولادة وحتى سنوات ما بعد المدرسة، ويصف الجدول 1/1 عناصر التعليم الفردي.

الجدول (1/1) العناصر الأساسية للتعليم الفردي	
الأعمار ذات الصلة	الوصف IFSP: يجب أن تشمل خطة الخدمات العائلية الفردية العناصر التالية:
الأطفال منذ الولادة وحتى سن الثالثة وعائلاتهم	▪ خدمات التدخل المبكر المعينة والضرورية لتلبية الحاجات الفردية للطفل والعائلة بما فيها عدد مرات وكثافة وأسلوب تقديم الخدمات. ▪ بيان مستويات الرضيع أو الطفل الصغير من التطور(الجسدي والمعرفي واللغوي/ النطق والنفسي والحركي والمساعدة الذاتية).

	▪ بيان لمواطن القوة لدى العائلة وحاجاتها ومصادرها وأولوياتها المتعلقة بإثراء تطور ونماء الطفل. ▪ بيان النواتج الرئيسة المتوقع إنجازها للعائلة والطفل. ▪ المعايير والإجراءات والخطوط الزمنية لتقرير التقدم. ▪ التواريخ المتوقعة بدء الخدمات والمدة المتوقعة لهذه الخدمات. ▪ اسم مدير الحالة (منسق الخدمة). ▪ إجراءات النقل من التدخل المبكر إلى برنامج ما قبل المدرسة.
IEP: يجب أن يشمل برنامج التعليم الفردي العناصر التالية:	
الطلبة من 3 ـ 12	▪ بيان مستويات الطفل الحالية المتعلقة بالأداء التربوي. ▪ أهداف سنوية وعلامات أو أهداف قصيرة الأمد. ▪ وصف للتربية الخاصة والخدمات ذات العلاقة التي يتم تقديمها. ▪ بيان يصف تعديلات البرنامج والدعم الذي يحتاجه الطفل لكي يستفيد من منهاج التعليم العام. ▪ بيان المدى الذي سيكون فيه الطفل قادراً على المشاركة في برنامج التعليم العام. ▪ تاريخ بدء الخدمات والمدة الزمنية المتوقعة. ▪ معايير مناسبة لتقييم الأهداف وتقييم الإجراءات والبرامج لتقرير "على الأقل سنوياً" فيما إذا كانت الأهداف قصيرة الأمد فد تم تحقيقها أم لا. ▪ بيان خدمات النقل (ITP) التي يحتاجها الأطفال ممن هم في الرابعة عشرة وأكثر.

ITP: قد تشمل خطة النقل الفردي العناصر التالية:	
الطلبة من 14 _ 21	▪ بيان خدمات النقل المطلوبة (تخطيط مهني، دفاع ذاتي، حياة اجتماعية، مشاركة في المجتمع، تعليم ما بعد ثانوي، خدمات ترفيه، خدمات دفاع / قانونية، معيشة يومية ورعاية جسدية). ▪ أهداف سنوية لكل مجال خدماتي يرافقها أهداف مصممة لتحقيق هذه الأهداف. ▪ بيان للخدمات التربوية وذات العلاقة المطلوبة لتمكين الطلبة من تحقيق الأهداف والغايات. ▪ بيان المسئوليات والروابط بين الوكالات بما فيها الوكالة، الغاية، أسماء الأشخاص للتواصل والزمن الذي يجب تأسيس الرابط أو المسؤولية فيه.

خطة الخدمة العائلية المخصصة للفرد:

The Individualized Family Service Plan (IFSP)

تؤكد خطة الخدمة العائلية المخصصة للفرد على وجوب تلقي الأطفال الصغار وعائلاتهم الخدمات التي يحتاجونها.

حيث يمكن للأطفال غير العاديين وعائلاتهم أن يتلقوا أولاً خدمات مخصصة للفرد من خلال (IFSP). ولقد أمر الكونغرس الذي أدرك أهمية التدخل المبكر للأطفال الصغار في سياق العائلة بأن (IFSP) (خطة الخدمة العائلية الفردية) يمكن تخطيطها عبر فريق متعدد التخصصات يشمل أفراد العائلة، وقد تم إيضاح العناصر الرئيسة لـ (IFSP) في الجدول 1/1 الذي يهدف إلى التأكد من أن الأطفال الصغار منذ الولادة وحتى سن الثالثة الذين يتم التعرف عليهم على أنهم يعانون من عجز أو تأخر نمائي، أو ممن هم في خطر بأن يتلقوا الخدمات التي يحتاجونها لتطوير المهارات ولمنع حدوث إصابات إضافية بالعجز.

البرنامج التربوي الفردي The Individualized Education Program (IEP):

يسعى البرنامج التربوي الفردي إلى إيجاد خطة خاصة بكل طالب، حيث يعتبر هذا البرنامج أساس وضع برامج التربية الخاصة لما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية

والمتوسطة والثانوية، وهو يدعو إلى وجود فريق من الأشخاص لتخطيط برنامج تربوي فردي (IEP) مكتوب وذلك خلال اجتماع يعقد لهذه الغاية. وعادة ما يتألف هذا الفريق من أفراد متعددي التخصصات فهو يشمل: الآباء، معلم التربية الخاصة، معلم التعليم العام ومدير المدرسة. وعندما يكون الوقت مناسباً، يحضر الطالب أيضاً اجتماع (IEP) كما يشارك أخصائيون آخرون من المدرسة أيضاً عندما يكون الطلبة بحاجة إلى خدمات داعمة من مثل ممرضة المدرسة، اختصاصي لغوي/ نطق، معلم تربية بدنية تكيفي، وغيرهم من أخصائيي المدرسة الذين يمكن أن يشاركوا في عملية (IEP). وحسب القانون، يجب أن تحتوي خطة (IEP) على العناصر الموجودة في الجدول (1/1).

خطة الانتقال المخصصة للفرد Individualized Transition Plan (ITP):

تساعد خطة الانتقال المخصصة للفرد (ITP) في إعداد الطلبة للحياة والعمل بعد المدرسة. وكما لاحظنا سابقاً، قرر قانون تعليم الأفراد من ذوي الإعاقات خدمات انتقال لجميع الطلبة الذين يتلقون خدمات تربية خاصة. وخطط الانتقال مطلوبة الآن منذ عمر (14) عاماً وهي تشمل العناصر الموجودة في الجدول (1/1).

دليل إعداد البرنامج التربوي الفردي حسب مكتب التربية الخاصة وإعادة التأهيل في الولايات المتحدة:

وضع مكتب التربية الخاصة وإعادة التأهيل في دائرة التربية في الولايات المتحدة دليلاً محدداً جداً ومفيداً للبرنامج التربوي الفردي (IEP)، ونقدم تالياً نصاً من هذا الدليل:

المقدمة:

يجب أن يمتلك كل طفل في المدرسة الحكومية ممن يتلقون خدمات التربية الخاصة وما يليها من خدمات البرنامج التربوي الفردي (IEP). ويجب أن يصمم هذا البرنامج لطالب واحد كما يجب أن يكون وثيقة (فردية) بحق. ويعتبر هذا البرنامج حجر الزاوية لتربية وتعليم نوعيين لكل طفل مصاب بعجز. ولإيجاد (IEP) فعّال، يجب أن يجتمع الآباء والمعلمون وأعضاء الهيئة التدريسية الآخرون، وغالباً ما يكون الطالب موجوداً أيضاً، من أجل التحري الدقيق عن حاجات الفرد الفريدة. ويجمع هذا الفريق من الاختصاصين المعرفة والخبرة والالتزام لتصميم برنامج تربوي يساعد الطالب في الانخراط في "المنهاج العام" والتقدم فيه. ويوجه (IEP) تقديم دعم وخدمات التربية

الخاصة للطلبة المصابين بعجز. وبلا شك، فإن كتابة وتنفيذ برنامج تربوي فردي فعّال يتطلب عمل الفريق. وتستند المعلومات في هذا الدليل على ما هو مطلوب حسب قانون التربية الخاصة الوطني ــ وهو قانون تربية وتعليم الأطفال المصابين بعجز (IDEA).

عملية التربية الخاصة الأساسية حسب قانون IDEA:

تعبر كتابة البرنامج التربوي الفردي لكل طالب عن الصورة الشمولية لعملية التربية الخاصة حسب (IDEA). وقبل إلقاء نظرة تفصيلية على (IEP)، يمكن أن يكون من المفيد أن ننظر باختصار إلى الكيفية التي يتم بها التعرف على الطالب على أنه مصاب بعجز ويحتاج إلى تربية خاصة وخدمات ذات علاقة، وبذلك يكون بحاجة إلى (IEP).

الخطوة الأولى:

- **التعرف:** على أن هناك احتمالاً لأن يحتاج الطفل إلى تربية خاصة وخدمات ذات علاقة. فعلى الولاية أن تتعرف وتحدد وتقيم جميع الأطفال المصابين بعجز في الولاية ممن يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات ذات علاقة، ومن أجل القيام بذلك، تجري الولاية أنشطة "العثور على الطفل".

الخطوة الثانية:

- **تقييم الطفل:** يجب أن يقيس التقويم الطفل في جميع المجالات ذات العلاقة بالعجز الذي يشك بأن الطفل يعاني منه. وتستخدم النتائج لتقرير أحقية الطفل في الحصول على تربية خاصة وخدمات ذات علاقة، ولاتخاذ قرارات تتعلق بالبرنامج التربوي المناسب لكل طفل.

الخطوة الثالثة:

- **تقرير الأحقية (الأهلية):** تطلع مجموعة من الاختصاصيين المؤهلين والآباء على نتائج التقييم. ومع بعضهم البعض يقررون فيما إذا كان الطفل "مصاباً بعجز" كما تم تعريفه في (IDEA).

الخطوة الرابعة:

- **استحقاق الطفل لخدمات التربية الخاصة:** إذا وجد أن الطفل "مصاب بعجز" كما تم تعريفه في (IDEA) يكون بذلك مستحقاً للحصول على خدمات

تربية خاصة وخدمات ذات علاقة. وخلال (30) يوماً من التقويم بعد تقرير أن الطفل يستحق الخدمات، على فريق (IEP) أن يجتمع لكتابة برنامج للطفل.

الخطوة الخامسة:

- تخطيط اجتماع (**IEP**): تخطط الإدارة المدرسية اجتماع (IEP) ويعقده.

الخطوة السادسة:

- عقد الاجتماع وكتابة برنامج (**IEP**): يجتمع فريق (IEP) للتحدث بشأن حاجات الطفل، ويكتبون برنامج (IEP) خاص بالطالب، ويكون الآباء والطالب (عندما يكون ذلك مناسباً) جزءاً من هذا الفريق.

الخطوة السابعة:

- توفير الخدمات: تتأكد المدرسة من تنفيذ برنامج (IEP) للطفل كما هو مكتوب، يعطى الآباء نسخة من (IEP)، كما يمكن لكل من معلمي الطفل وموفري الخدمات الوصول لهذا البرنامج لمعرفة مسؤولياته الخاصة في تنفيذ البرنامج. ويشمل هذا المرافق والتعديلات والدعم الذي يجب توفيره للطفل من خلال البرنامج.

الخطوة الثامنة:

- قياس التقدم وتقديم تقرير للآباء: يتم قياس تقدم الطفل نحو الأهداف السنوية كما هو مذكور في (IEP). يتم اطلاع الآباء وبشكل منتظم على التقدم الذي أحرزه طفلهم، وفيما إذا كان هذا التقدم كافياً ليحقق الطفل الأهداف المرجوة عند نهاية العام.

الخطوة التاسعة

- مراجعة (**IEP**): يقوم فريق (IEP) بمراجعة البرنامج مرة واحدة سنوياً على الأقل، أو أكثر من ذلك إذا ما طلب الآباء أو المدرسة القيام بتلك المراجعة.

الخطوة العاشرة:

- إعادة تقييم الطفل: يجب إعادة تقييم الطفل كل ثلاثة أعوام على الأقل. وغالباً ما يطلق على هذا التقييم "الثلاثي سنوات" (Triennial) وهو يهدف إلى معرفة فيما إذا كان الطفل مستمرا في كونه "طفلا يعاني من عجز" كما تم تعريفه في (IDEA)، وما هي حاجات الطفل التربوية والتعليمية.

نظرة ثاقبة على IEP:

من الواضح أن (IEP) وثيقة مهمة جداً للأطفال المصابين بعجز ولأولئك المشاركين في تعليمه. وإذا ما أجري بشكله الصحيح، يجب أن يحسن التعلم والتعليم والنتائج. ويصف كل برنامج تعليمي مخصص للفرد، من بين أشياء أخرى، البرنامج التعليمي للطفل والذي تم تصميمه لتلبية حاجات الطفل الفريدة.

محتويات IEP:

حسب القانون، يجب أن يشتمل (IEP) على معلومات معينة تتعلق بالفرد والبرنامج التربوي المصمم لتلبية حاجاته الفريدة. وبإيجاز، تشمل المعلومات ما يلي:

1. الأداء الحالي: يجب أن يشمل (IEP) إنجاز الطفل الحالي في المدرسة (المعروف بالمستويات الحالية للأداء التعليمي). وتأتي هذه المعلومات عادة من نتائج التقويم من مثل الاختبارات والواجبات الصفية والاختبارات الفردية المعطاة لتقرير أحقية الطفل في الحصول على هذه الخدمات، أو أثناء إعادة التقويم والمشاهدات التي يقوم بها الآباء والمعلمون ومزودو الخدمة ذات العلاقة وغيرهم من أعضاء الهيئة التدريسية. ويشمل بيان "الأداء الحالي" الكيفية التي تؤثر بها إعاقة الطالب على مشاركته وتقدمه في المنهاج العام.
2. الأهداف السنوية: وهي الأهداف التي يمكن للطفل أن يحققها بشكل معقول في العام، وهي مقسمة إلى أهداف قصيرة الأمد أو اختبارات معيارية. ويجب أن تكون الأهداف أكاديمية تخاطب الحاجات الاجتماعية أو السلوكية ومرتبطة بالحاجات الجسدية أو تخاطب حاجات تربوية أخرى. ويجب أن يكون بالإمكان قياس فيما إذا حقق الطالب هذا الهدف أم لا.
3. التربية الخاصة والخدمات ذات العلاقة: يجب أن يضع (IEP) قائمة بالتربية الخاصة والخدمات ذات العلاقة التي يجب توفيرها للطفل أو نيابة عن الطفل. ويشمل هذا وسائل إضافية وخدمات يحتاجها الطفل. كما يشمل تعديلات (تغييرات) على البرنامج أو مساندة لجهاز المدرسة من مثل تدريب أو تطوير وظيفي سوف يتم توفيره لمساعدة الطفل.

4. المشاركة مع الأطفال العاديين: يجب أن يوضح (IEP) المدى (إذا كان موجوداً) الذي يمكن فيه للطفل أن يشارك الأطفال العاديين في الصف العام وغيره من الأنشطة المدرسية.
5. المشاركة في الاختبارات على مستوى الولاية والمقاطعة: تعطي معظم الولايات والمقاطعات اختبارات تحصيل في صفوف معينة أو لفئات عمرية معينة. ويجب أن يذكر (IEP) السبب وراء ذلك، والطريقة التي يمكن من خلالها فحص الطالب بدلاً من هذا الاختبار.
6. التواريخ والأماكن: على (IEP) أن يذكر متى ستبدأ الخدمات ومقدار تكرارها والمكان الذي سوف يتم توفيرها فيه والمدة التي سيستغرقها.
7. حاجات نقل الخدمات: عندما يصبح الطفل في سن الرابعة عشرة أو أصغر من ذلك (إذا كان ذلك مناسباً) على البرنامج تذكر ماهية خدمات النقل المطلوبة لمساعدة الطفل في الاستعداد لمغادرة المدرسة.
8. عمر الأهلية: قبل عام على الأقل من وصول الطفل إلى عمر الأهلية، على البرنامج أن يدمج عبارة أن الطفل قد تم إخباره بأية حقوق سوف تنقل إليه عند عمر الأهلية.
9. قياس التقدم: على البرنامج أن يذكر الطريقة التي سوف يتم فيها قياس تقدم الطفل والكيفية التي سيتم من خلالها اطلاع الآباء على هذا التقدم.

> من المفيد أن نفهم أن برنامج (IEP) لكل طفل يختلف عن برنامج الطفل الآخر. ويتم إعداد الوثيقة لهذا الطفل فقط. وهي تصف البرنامج التربوي الفردي المخصص لتلبية حاجات هذا الطفل.

عوامل خاصة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار:

اعتماداً على حاجات الطفل، يحتاج فريق (IEP) أن يأخذ بعين الاعتبار ما يطلق عليه القانون عوامل خاصة، وهذا يشمل:

- إذا تدخل "سلوك" الطفل بتعلم الطفل أو تعلم الآخرين، سوف يأخذ فريق (IEP) بعين الاعتبار استراتيجيات مساندة لمعالجة سلوك الطفل.

- إذا كان الطفل يعاني من "مهارة محددة في اللغة الإنجليزية" يأخذ الفريق بعين الاعتبار حاجات الطفل اللغوية، حيث إن هذه الحاجات تتعلق ببرنامج (IEP) الخاص به.
- إذا كان الطفل كفيفاً أو يعاني من ضعف بصري يجب أن يوفر برنامج (IEP) تعليمات مكتوبة بلغة بريل أو استخدام طريقة بريل، إلا إذا تم تقرير القيام بتصميم مناسب بحيث لا يحتاج الطفل للتعلم بطريقة بريل.
- إذا كان لدى الطفل حاجات للتواصل، على برنامج (IEP) أخذ هذه الحاجات بعين الاعتبار.
- إذا كان الطفل أصماً أو يعاني من ضعف سمعي، سوف يأخذ برنامج (IEP) بعين الاعتبار لغته وحاجات التواصل، وهذا يشمل إعطاء الفرصة للطفل للتواصل مباشرة مع أقرانه في الصف ومع الهيئة التدريسية بنفس طريقته الاعتيادية في التواصل (مثل استخدام لغة الإشارات).
- يجب أن يأخذ فريق (IEP) دائماً بعين الاعتبار حاجة الطفل لأجهزة وخدمات تقنية مساعدة.

أنصار ومعارضو التصنيف The Pros and Cons of Labeling :

نحن نستخدم مصطلحات يطلق عليها "تصنيفات" لوصف مجموعات من الأطفال غير العاديين. وفي هذا الكتاب، سوف تقرأ عن طلبة يعانون من إعاقة عقلية، صعوبات تعلم، إعاقة جسدية وصحية، إعاقات لغوية ونطق، واضطرابات سلوكية وانفعالية، بالإضافة إلى الطلبة الصم والذين يعانون من ضعف في السمع والمصابين بعجز بصري أو الموهوبين أو الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.

أ. أنصار التصنيف:

بين كلارك (Clark, 1997) أن الأشخاص من ذوي العجز وعائلاتهم وأنصارهم عملوا بجد كبير من أجل مسح مفهوم "الإعاقة أولاً" الذي غالباً ما كان يطاردهم، وتساءلوا لماذا نستخدم التصنيفات أصلاً؟ فالعديد من الناس يشعرون بعدم وجوب استخدامها، ولكن هذه التصنيفات لها بعض الفوائد:

1. فهي تساعد في حصر أعداد الأفراد من ذوي الاستثناءات وذلك من أجل تخطيط خدمات تربوية وداعمة وتوفيرها.
2. تساعد التصنيفات أيضاً الاختصاصيين في تمييز أساليب التدريس وخدمات الدعم لمجموعات مختلفة، فيتعلم الأطفال الذين يعانون من عجز بصري أن يقرأوا باستخدام مواد مختلفة تماماً عن تلك التي يستخدمها أطفال يعانون من صعوبات تعلم.
3. كما أن الأطفال الصم أو لديهم صعوبات في السمع يحتاجون إلى خدمات مساندة واختصاصي سمع مع احتمال أن يحتاجوا إلى اختصاصي نطق/لغة.
4. تمكن التصنيفات الأخصائيين من التواصل بفعالية فيما يتعلق بالأطفال وحاجاتهم.
5. وقد يتعلم الطلبة الموهوبون والمبدعون بشكل أكبر في حال توافر منهاج متميز يراعي مواطن قوتهم التعليمية والحاجات الخاصة بهم.

ومع ذلك، قد يجادل العديد من العاملين في التربية الخاصة بأن أساليب التدريس لا تتنوع بشكل كبير بالنسبة للطلبة الذين يتم التعرف على أنهم يعانون من صعوبات تعلم، أو من إعاقة عقلية بسيطة، أو اضطراب انفعالي حاد، على الرغم من أن التركيز في التدريس قد يتنوع من طالب إلى آخر اعتماداً على الحاجات التعليمية الفردية للطالب.

ب. معارضو التصنيف:

ذكر هوبس (Hobbs,1975) أن التصنيفات يمكن أن تقود إلى التحيز والأفكار النمطية. وهذه التصنيفات يساء استخدامها بشكل متكرر ويمكن أن تحمل وصمة عار كبيرة؛ فالكلمات من مثل " لديه فرط نشاط، توحدي، لديه صعوبة قراءة" غالباً ما تستخدم بحرية لوصف أطفال يعانون من صعوبات أكاديمية أو سلوكية في المدرسة، وقد يجعل استخدام هذه المصطلحات الاختصاصي يبدو وكأنه على اطلاع، ولكن مثل هذه التصنيفات قد تغير مدركات الآخرين فيما يتعلق بالإمكانيات التعليمية لهؤلاء الأطفال. والأكثر من ذلك، وغالباً ما تجعل التصنيفات الفروق الفردية بين الأطفال غامضة.

الوضع التربوي Educational Setting:

تتيح البيئة الأقل تقييداً والتي قد تكون مختلفة لكل طفل تفاعلاً أكثر مع أقرانهم غير المصابين بعجز. وقد طلب قانون (IDEA) من كل مدرسة أن توفر مجموعة من الخيارات البرامجية للطلبة المصابين بعجز، وتتراوح هذه البرامج من ما يعتبر البيئة الأقل تقييداً إلى البيئة الأكثر تقييداً. تذكر أن مفهوم "بيئة أقل تقييداً " يرتكز على الفرص المتوافرة للتفاعل بين الطالب المصاب بعجز وأقرانه العاديين. ومن ناحية عملية، فإن هذا يعني أن العائلة التي تحضر اجتماع (IEP) يجب أن تمتلك خيار الاختيار من هذا المجموعة من البرامج من أجل الحصول على التعليم الأكثر مواءمة للطفل. وعلى العائلة والمدرسة أن تتوصلا إلى اتفاق حول الوضع الذي تتم فيه تلبية حاجات الطفل التعليمية على أفضل وجه.

فقد كان ينظر إلى مفهوم "بيئة أقل تقييداً" أصلاً على أنه مفهوم نسبي، وهذا يعني مفهوماً يمكن تفسيره بشكل متجدد لكل طالب على أساس خصائصه التعليمية المتفردة. ومع ذلك، هناك بعض الأخصائيين اليوم ممن يفسرون بيئة "أقل تقييداً " بطريقة أكثر عمومية ويطالبون بدمج الطلبة من ذوي الإعاقات في صفوف التعليم العام مع التعديلات المنهجية والتعاون وعمل الفريق من قبل أخصائيي التربية الخاصة والتعليم العام.

ولقد نادى كل من ستينباك وستينباك وايرس (Stainback, Staiback &Ayres, 1996) بالمحافظة على سلسلة من الخدمات التربوية؛ فعلى سبيل المثال، تميزت الطالبة هناء بسلوك عدواني، ولقد انخفضت هذه السلوكيات في المدرسة الخاصة بالطلبة الذين تم تصنيفهم على أنهم مضطربون انفعالياً والتي التحقت بها، ولكن هذا يعتبر وضعاً مقيداً لهناء حيث إنها لا تمتلك الفرصة هناك للتفاعل مع أقران عاديين. وفي اجتماع (IEP) الخاص بها، قررت عائلتها ومعلموها بأن أهداف هناء التعليمية يمكن تحقيقها بشكل أفضل إذا ما تم وضعها في وضع أقل تقييداً؛ وهذا يعني صفاً خاصاً للطلبة الذين تم تصنيفهم على أنهم شديدو الاضطرابات الانفعالية في مدرسة ابتدائية، وهناك، سوف تتاح لها الفرصة للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية مع أقرانها وبوجود معلم الصف الخاص الذي يخطط هذه الخبرات ويشرف عليها، ومع النجاح، سوف تتاح لها الفرصة للقيام بالمزيد من هذه الخبرات.

وقد يقترح أنصار الدمج وضع هناء في مستواها الصفي في المدرسة المجاورة مع وجود معلم تربية خاصة أو مساعد تعليمي لمراقبة سلوكها وللقيام بتعديلات منهجية كلما دعت الحاجة لذلك، وهم يجادلون بأن من خلال نماذج السلوك المناسب المتوافرة في الصف العادي وفرص التفاعل الاجتماعي ذي المعنى المقدم هناك فقط يمكن تحفيز هناء لتغيير سلوكها، كما يمكن أن تنجح هذه الصورة من الدمج فقط إذا ما تعاون أخصائيون من التربية الخاصة والتعليم النظامي في فريق من أجل توفير خدمات تعليمية فردية لهناء ولكل طالب تم دمجه، وتشمل هذه الخدمات:

1. غرف الصف العادية: إن غالبية الطلبة الذين تم التعرف عليهم على أنهم من ذوي الحاجات الخاصة يتلقون تعليمهم بشكل رئيس في غرف الصف العادية. ولقد تم تطوير عدد من البرامج المختلفة للتأكد من أن هؤلاء الطلبة ومعلميهم يتلقون الدعم الذي يحتاجونه. ويشمل العديد منها التعاون ما بين المربي الخاص والمربي العادي، وهذا يعتبر أساس ممارسات الدمج الناجحة. وتعرف كل من فريند وكوك (Friend & Cook,2000) التعاون على أنه أسلوب التفاعل المباشر ما بين مجموعتين متساويتين على الأقل مرتبطتين بشكل تطوعي في اتخاذ قرار مشترك وذلك من خلال عمل تجاه تحقيق هدف مشترك. ويصف الجدول رقم (2/1) الخصائص الأساسية للتعاون.

الجدول 2/1 يبين تحديد خصائص التعاون

Defining Characteristics of Collaboration

▪ التعاون تطوعي: لا يمكن إجبار الناس على استخدام أسلوب معين عند تفاعلهم مع الآخرين.
▪ يتطلب التعاون توافقاً بين المشاركين وتكون مساهمة كل شخص مقدرة بشكل متساو ويكون لكل شخص قوة مساوية في صنع القرار.
▪ يرتكز التعاون على أهداف مشتركة، لا يكون الأخصائيون مجبورين على المشاركة في جميع الأهداف من أجل تحقيق التعاون، ويكون هناك هدف واحد فقط محدد ومهم بشكل كاف للمحافظة على انتباههم المشترك.

- يعتمد التعاون على المسؤولية المشتركة للمشاركة وصنع القرار. ويجب أن يتحمل المتعاونون مسؤولية الارتباط الفعال في الفعالية وفي صنع القرار المترتب عليها.
- يتشارك الأفراد المتعاونون في مصادرهم. ويمكن أن تثري المشاركة في مصادر الوقت والمعرفة والمواد والإحساس بالملكية بين الأخصائيين.
- يشترك الأفراد المتعاونون بالمسؤولية عن النتائج، وسواء أكانت نتائج التعاون إيجابية أم سلبية يكون جميع الأفراد المشاركين مسؤولين عن هذه النتائج.

2. التعليم المشترك: وفي أوضاع الدمج، يعمل المربي الخاص والعام أيضاً مع بعضهم البعض في أوضاع التعليم عن طريق فريق. والتعليم عن طريق فريق يطلق عليه أيضاً التعليم المشترك، ويمكن أن يشمل تدريس مشترك للدرس أو لمجال معين أو برنامج تعليمي كامل. فعلى سبيل المثال، قد يتعاون معلمو الطلبة الصم مع معلمي الابتدائية في غرف صفية مؤلفة من (3_6) طلبة صم و(22) طفلاً يستطيعون السمع، ويستخدم كلا المعلمين لغة الإشارة والتحدث في جميع الأوقات، ويتعلم العديد من الطلبة ممن يمكنهم السمع فهم واستخدام لغة الإشارة بشكل جيد. وبالنسبة لفون وشوم وأرجلز (Vaughn, Schumm, and Arguelles, 1997)، يعتبر التعليم المشترك مثمراً إذا ما تم حل القضايا المشتركة.
3. فريق دعم الطلبة: يعمل فريق التدخل قبل التحويل على إبقاء الطلبة في صفوف التعليم العام، حيث يوجد "فريق دعم الطلبة" (والذي يعرف أيضاً بأسماء أخرى عديدة من مثل "فريق مساعدة المعلم"، وهو عبارة عن مجموعة من المعلمين وأخصائيين آخرين من المدرسة يعملون مع بعضهم البعض لمساعدة معلم الصف النظامي. وتحت بعض الظروف، يركز الفريق على إبقاء الأطفال في غرفة الصف العادية بدلاً من تحويلهم إلى برامج التربية الخاصة؛ ويعرف مثل هذا الفريق أحياناً باسم "فريق التدخل قبل التحويل".

4. المعلم المستشار: وفي أوضاع أخرى، يوفر أعضاء الفريق استشارات للمعلمين أو خدمات مباشرة للطلبة الذين يتم التعرف على أنهم من ذوي حاجات خاصة ولكنهم موجودون في صفوف منتظمة، يتم تصميم هذه الترتيبات للمحافظة على تدريس الطالب ودمجه بغرفة الصف العادية.
5. برامج الانسحاب: هناك أنواع أخرى من الخدمات للطلبة من ذوي الحاجات الخاصة يطلق عليها " برامج الانسحاب" (Pullout)، حيث إنها تشمل الطالب الذي يغادر غرفة الصف ليتلقى تدريساً خاصاً. والتنظيم التقليدي لغرفة المصادر مثلاً، يشمل طلبة يغادرون غرفة الصف العادية للحصول على تدريس متخصص في مجالات أو احتياجات أكاديمية. ويجري معلم المصادر، حسب نموذج استشارة، اجتماعاً مع معلمين لتخطيط تعديلات تدريسية للطلبة بالإضافة إلى توفير خدمات تدريسية مباشرة للطلبة الذين تم دمجهم بغرفة الصف الاعتيادية. وهناك بعض الأمثلة على برامج الانسحاب التقليدية تشمل خدمات اللغة والنطق، توجه وحركة الطلبة الذين يعانون من إعاقات بصرية، ومعالجة فيزيائية للطلبة الذين يعانون من إعاقة جسدية.

الفصل الثاني

عوامل الخطر والتدخل المبكر

Risk Factors and Early Intervention

- تمهيد .
- تعريفات ومصطلحات.
- الخطر البيولوجي.
- الخطر البيئي.

الفصل الثاني

عوامل الخطر والتدخل المبكر

تمهيد:

من المفرح أن نسمع أن غالبية النساء الحوامل ينجبن أطفالاً أصحاء وسليمين، ومع ذلك هناك خطر بأن كل امرأة حامل يمكن أن تنجب طفلاً ينمو بشكل مختلف عن الأطفال الأسوياء، وبذلك تكون له حاجات خاصة تتطلب مساعدة إضافية ودعماً في البيت والمدرسة.

وقد يتساءل المرء لماذا تنجب بعض النساء أطفالاً من ذوي الحاجات الخاصة؟ لماذا يبدأ بعض الأطفال بداية صعبة ثم تنتهي بهم الأمور بشكل جيد، بينما يبدأ الآخرون حياتهم بظروف مثالية ثم تظهر لديهم المشكلات؟ إن الإجابات معقدة ولا يمكن للعديد من الخبراء الطبيين والنفسيين إجابة الآباء المحتارين. وسوف نعرض للقارئ الكريم في هذا الفصل وصفاً لبعض الظروف التي تجعل الطفل عرضة لخطر الإصابة بإعاقة ما.

كما نأمل أن تساعد هذه المعلومات في تقرير فيما إذا كان سبب عجز الطالب له صلة بنوع التعليم أو نوع الدعم المقدم له. كما يمكن أن تساعد هذه المعلومات الأخصائيين والمعلمين في إعطاء وصف كامل للأسر التي تلجأ لهم وإعطائهم النصح والإرشاد.

كما نتوقع أيضاً أن تكون هذه المعلومات ذات معنى لكي تساعد في التخطيط لعائلة صحية وفي اتخاذ قرارات ذكية ومطلعة قد تثري احتمال إنجاب طفل سليم صحياً.

تعريفات ومصطلحات Definitions and Terms:

ذكر قانون تربية الأطفال المصابين بعجز (IDEA) أن هناك ثلاث مجموعات ممن يستحقون خدمات التدخل المبكر، وهم:

1. الأطفال المصابون بتأخر نمائي.

2. الأطفال المصابون بإعاقات جسدية أو عقلية يمكن أن تكون ذات احتمال عال للإصابة بتأخر نمائي.
3. الأطفال المعرضون طبياً أو بيئياً لخطر التأخر النمائي إذا لم يتم توفير التدخل المبكر.

- هناك العديد من العوامل التي يمكن أن تجعل الطفل عرضة لتطور إعاقة ما.
- يجب على الجميع منع إصابة الأطفال بعجز أو إعاقات.
- عوامل الخطر هي ظروف بيولوجية أو بيئية مرتبطة بمشكلات معرفية أو اجتماعية، عاطفية أو جسدية.

ولمعرفة الكيفية التي يستخدم فيها مصطلح خطر، فقد عرف عالم النفس كوب (Kopp.1983) "عوامل الخطر" على أنها مدى واسع من الظروف البيولوجية والبيئية التي ترتبط باحتمال متزايد لحدوث مشكلات معرفية، اجتماعية، عاطفية وجسدية.

- الظروف البيولوجية: غالباً ما تنجم عن عوامل مرتبطة بالحمل أو صحة الأم والطفل مثل انخفاض الوزن عند الولادة، أو التعرض للعقاقير والمواد السامة، أو عدم انتظام عدد الكروموسومات.
- الظروف البيئية: تشمل التأثيرات السلبية لمحيط الطفل الجسدي أو الاجتماعي بعد الولادة مثل الفقر المدقع، إيذاء الأطفال أو الإهمال.

ويرى المؤلفان أن تعريف كوب يحتوي القسم الثاني منه مفهوماً جوهرياً، فهذه الظروف "مرتبطة باحتمال متزايد" لحدوث مشكلات فيما بعد. فهناك احتمال أكبر لأن تحدث هذه النتائج العكسية إذا كان هناك عدة عوامل خطر موجودة، ولكن وجود عامل أو عاملين لا يضمن حدوث مشكلات نمائية لدى الأطفال، فقد يكون الأطفال في خطر التعرض لمشكلات نمائية، ولكن ذلك لا يعني بالضرورة الإصابة بها، فشدة هذه العوامل وطبيعة البيئة التي ينمو بها الطفل ستقرر حدوث هذه

المشكلات النمائية، وبهذا نجد أن وجود عوامل الخطر يزيد من احتمال حدوث نتائج عكسية ولكنه لا يضمن حدوثها.

وحري بالذكر أن بعض الأطفال يتغلبون على العوائق البيولوجية والبيئية بسبب ميزاتهم الشخصية والدعم الخارجي الذي يتلقونه، فيصلون إلى مرحلة البلوغ وهم رجال أقوياء ومنتجون. ويعرف هؤلاء الأطفال بشكل خاص على أنهم لديهم "مرونة"، ومع ذلك، فإن وجود مجموعة من عوامل الخطر المشتركة مع بعضها البعض تجعل هناك احتمالاً أكبر لحدوث مشكلات نمائية، وأن التدخل المبكر – وهو عبارة عن الخدمات الشاملة والفردية المقدمة للطفل منذ الولادة وحتى سن الثالثة ولعائلاتهم – يمكن أن يكون له أثر مهم على نمو الطفل.

بما أن مفهوم الخطر واسع المدى، من المفيد إيجاد إطار يمكن من خلاله وصف فئات الأطفال الضعفاء وبيان أنماط الخطر Types of Risk التي قد يتعرضون لها، ولذا سوف نستخدم فئات خطر بيولوجي وخطر بيئي لوصف الأثر المحتمل لعوامل محددة على الأطفال الصغار".

الخطر البيولوجي Biological Risk:

يوجد الخطر البيولوجي عندما تزيد حوادث ما قبل الولادة، أثناء الحمل أو بعد الحمل من احتمال تعرض الطفل لمشكلات نمائية.

بيّن كل من غورسكي وفاندن بيرغ (Gorski & VandenBerg, 1996) أن الخطر البيولوجي يكون عندما تحدث أحداث قبل أو أثناء أو بعد الولادة يمكن أن ترتبط بتلف يحدث لأجهزة الطفل التي تكون في طور النمو، مما يزيد من احتمال تعرضه لمشكلات نمائية.

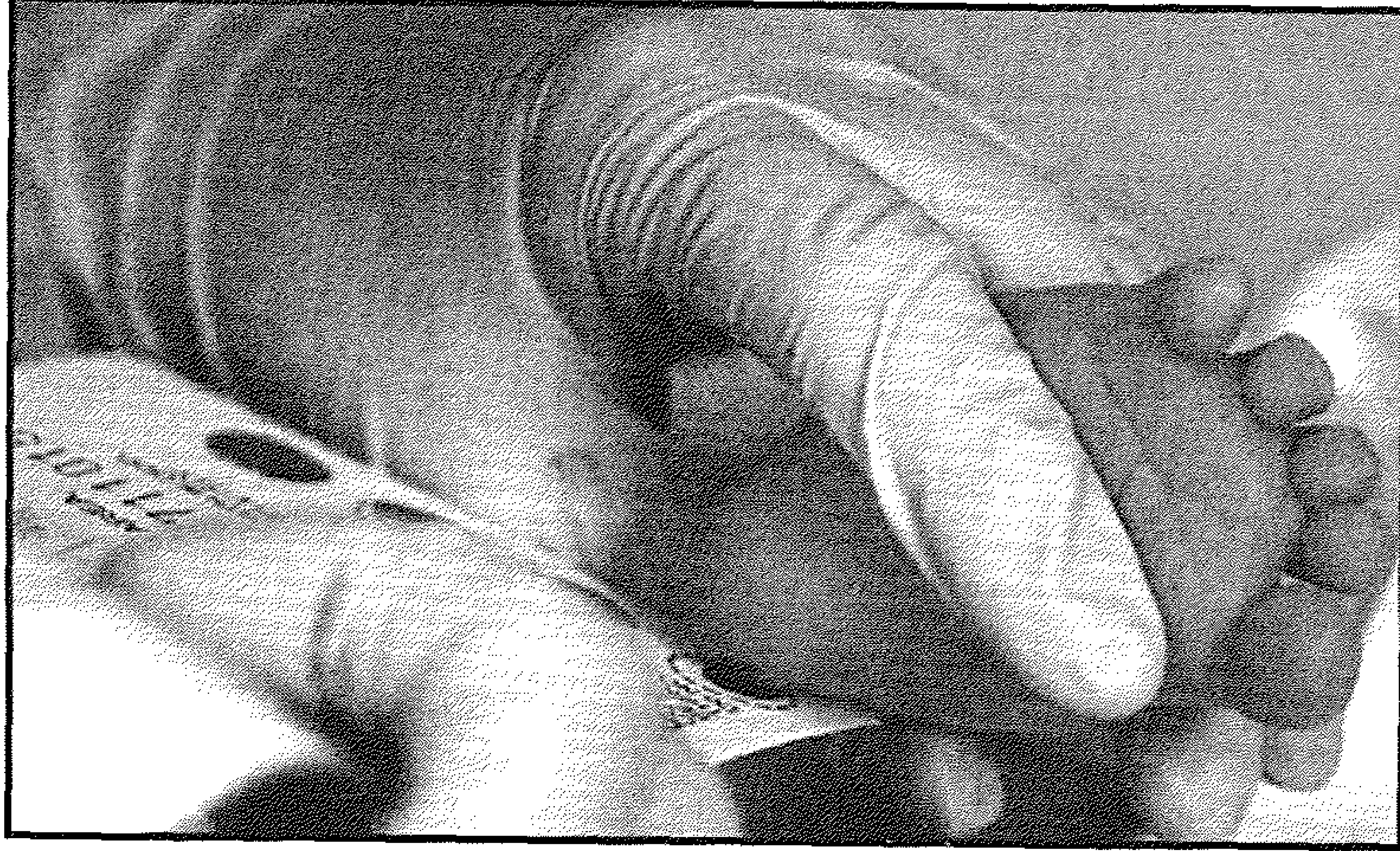
ويمكن تقسيم عوامل الخطر البيولوجي إلى ثلاث فئات، وهي:

- فترة ما قبل الولادة **Prenatal**: وتبدأ من الحمل وحتى الميلاد، وهي ترتبط بالمراحل الأولى من التطور.
- الفترة الجنينية (أثناء الولادة) **Perinatal**: وتبدأ من الأسبوع الثاني عشر وحتى اليوم الثامن والعشرين من الحياة، وهي تتداخل مع فترة ما قبل الولادة نوعاً ما.

- فترة ما بعد الولادة **Postnatal**: وهي تغطي أحداث الطفولة المبكرة والتي تحدث بعد اليوم الثامن والعشرين من الحياة.

ولقد ارتأى المؤلفان عرض فوائد الفحص الروتيني للمولودين حديثاً للكشف عن الأمراض الوراثية.

أولاً: فحص المولودين حديثاً Newborn Screening



تقوم المستشفيات عبر الولايات المتحدة بأخذ عينة دم من عقب كل طفل مولود حديثاً وفحص دمه للتحري عن وجود مرض فينينكيتونوريا (PKU) وهو اضطراب استقلابي إذا لم تتم معالجته يمكن أن يسبب تخلفاً عقلياً. وكذلك تجري أكثر من (40) ولاية فحصاً للتحري عن مرض الخلايا المنجلية، وتجري (48) ولاية فحصاً عن الغلاكتوسينيا، كما تطالب نصف الولايات فحص المولودين حديثاً للتحري عن فقدان السمع. واليوم هناك احتمال للتعرف على مدى أوسع من الأمراض والاضطرابات الوراثية والاستقلابية عند الولادة والتي يمكن معالجتها مثل: توكسوبلاسموسس، أمراض الجهاز البولي، أمراض فقدان المناعة وغيرها الكثير. ولكن يثار الجدل في بعض المستشفيات والولايات حول ضرورة وجود مثل هذه البرامج.

الأسباب التي تمنع الفحص الدقيق لكل الاضطرابات:

- مشكلات تتعلق بالأدوات المستخدمة للفحص: حيث توجد أدوات جديدة، وقد يشكل استخدمها جعل الأطفال عرضة لأن يكونوا حقل تجارب.

- صعوبة في توفير المتابعة والإرشاد: بعد التعرف على وجود اضطراب يشكل معرفة موقع العائلة عامل صعوبة لتوفير الإرشاد والعلاج فور التعرف على وجود اضطراب.
- عدم توفر علاج: لا يمكن علاج كل اضطراب أو الشفاء منه.
- المصادر المحدودة: إن إجراء الفحص مكلف وكذلك يشكل تدريب الأخصائيين كلفة إضافية.
- ندرة الأمراض: إن حدوث مثل هذه الظروف متدن جداً (فعلى سبيل المثال، يحدث اضطراب هموسستينوريا "مرض يتعلق بالتمثيل الغذائي" بمعدل واحد لكل 150 ألف مولود)، كما أنه يتنوع حسب الجنس والعرق.
- عدم ثبات إجراءات الفحص واختلافها من ولاية إلى ولاية يمكن أن يسبب المشكلات للعائلات.
- مسؤولية التعليم والعلاج والمتابعة المرهقة.

بعض التوصيات:

- يجب تثقيف العائلات عن فحص المولودين حديثاً، ويجب توفير المعلومات قبل الولادة أو بعد الولادة، كما يجب توفيرها أثناء عملية المتابعة إذا كانت نتائج الفحص إيجابية.
- يجب إشراك العائلة في عملية إجراء القرار المطلعة بدءاً بالمباشرة بفحص المولود، ثم أثناء إجراء اختبار الفحص الأولي وإجراءات التأكيد والتسجيل بالتدخل العلاجي.
- يجب تطوير المواد التعليمية الخاصة بالمريض ومراجعتها بالاشتراك مع العائلات وقياسها لمعرفة مستويات القراءة والكتابة، ولتعكس الكفاءة الثقافية.
- يجب أن تتلقى العائلات معلومات وإرشادات لكي تكون على وعي بحالة التشخيص، وحالات المرض المرافقة، وأهداف العلاج قصيرة الأمد وطويلة الأمد، والتدخل، وتوفر مصادر الرعاية الصحية بما فيها اختصاصي الرعاية الصحية الأولية ومستشاري طفولة، ومستشاري وراثة، وإدارة حالة مالية عامة، وبرامج مساعدة.

- يجب أن يشترك الأفراد المتأثرون والعائلات ببرامج المراقبة والاستشارة لفحص المولودين حديثاً ولجان المراجعة.

وسوف نرجع إلى مراحل الخطر البيولوجي، حيث سنستعرض تلك المراحل بشيء من التفصيل.

ثانياً: عوامل ما قبل الولادة Prenatal Factors

وهي العوامل التي تؤثر على تطور الجنين قبل الولادة، وتكون أحداث ما قبل الولادة مسؤولة عن معظم النتائج النمائية الحادة بين الأطفال الذين ينجون من هذه الأحداث، وإذا كان لها تأثير خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل فقد تشكل تأثيراً على الأعضاء وأجزاء الجسد التي تنمو في هذه الفترة، أما إذا حدثت في مراحل لاحقة من الحمل، فقد تؤثر على نمو وتميز الأعضاء التي لا تزال في طور النمو مثل الدماغ والجهاز العصبي المركزي. وتشمل عوامل ما قبل الولادة مرض الأم وتعاطيها للمواد المؤذية مثل العقاقير والكحول، ومثل هذه العوامل ـ الكحول والعقاقير والأمراض والعدوى وغيرها ـ يطلق عليها Teratogens وهي مواد يمكن أن تسبب تشوهات ولادية.

أ. أمراض الأمومة والعدوى Maternal Illness and Infection:

يمكن أن تسبب إصابة الأم بأمراض أثناء الحمل تلفاً للجنين المتطور ومن الجدير بالذكر أنه لا يؤثر كل مرض تصاب به الأم الحامل على الجنين، ولكن هناك بعض الأمراض وأنواع العدوى التي يعرف بأن لها تأثيراً كبيراً على تطور الجنين، ومنها:

- الحصبة الألمانية: فيروس شديد العدوى، وهو ذو أثر كبير بشكل خاص إذا ما أصيبت المرأة فيه أثناء الستة عشر أسبوعاً الأولى من الحمل، وقد ينتج عنه العمى والصمم وعيوب في تشكيل القلب، أو تخلف عقلي لدى الأطفال الناجين اعتماداً على عضو الجنين الذي يكون في مرحلة التطور عند الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية.

ويصف مورز (Moores,2001) أثر الفيروس: " إذا أصيبت امرأة حامل بالحصبة الألمانية وخاصة أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، يمكن أن يقطع الحاجز المشيمي ويهاجم الخلايا المتطورة وأجهزة الجنين مما يؤدي إلى مقتله أو تشوهه. ويمكن للفيروس أن يقتل الخلايا النامية كما أنه يهاجم أنسجة

العين والأذن وغيرها من الأعضاء". ولحسن الحظ، أزال التطعيم ضد الحصبة الألمانية هذا المرض كمسبب للعجز.

- فيروس تضخم الخلية Cytomegalovirus (CMV): هو أكثر أنواع العدوى الولادية شيوعاً في الولايات المتحدة حالياً، ويصاب حوالي (20٪) من جميع المواليد الجدد بالعدوى عند الولادة. وذكر كل من هتشينسون وساندال (Hutchinson & Sandall, 1995) أنه يمكن أن ينتج عن الفيروس وفاة الطفل أو حدوث مضاعفات لاحقة مثل: التخلف العقلي، فقدان البصر أو السمع، وصعوبات التعلم والتي قد لا تبدو ظاهرة إلا في وقت متأخر من حياة الطفل.
- الأمراض المنقولة جنسياً Sexually Transmitted Diseases (STDs): لقد بين لنا كل من أنج وبتلر (Eng &Butler,1997) أنه وعند التعرف على الأمراض المنقولة جنسياً ومعالجتها أثناء الثلاثة أشهر الأولى من الحمل يمكن تجنب إصابة الجنين بأذى.

ومن المعروف أن هذه الأمراض تؤثر على الأم وشريكها ويمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة على الطفل. ويشمل مصطلح "STDs" أكثر من (25) مرضاً معدياً يمكن نقلها عبر النشاط الجنسي، وقد ينتج عن العدوى الفعالة بالأمراض المنقولة جنسياً أثناء الحمل مدى من المشكلات الصحية الخطيرة لدى الأطفال المصابين بالعدوى بما فيها تلف حاد بالجهاز العصبي المركزي والوفاة. فعلى سبيل المثال، قد تلد الأم المصابة بالسفلس طفلاً يعاني من سفلس ولادي يمكن أن ينتج عنه الوفاة أو التخلف العقلي الشديد، الصمم، والعمى. وإذا تم التعرف على المرض خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، يمكن تجنب إصابة الجنين بأذى، ولكن العديد من الأطفال من المصابين بسفلس ولادي يولدون لنساء لا يتلقين رعاية قبل الولادة. وللهيربس، وهو مرض آخر منقول جنسياً، أعراض من مثل التعرقات وعدوى تصيب الفرج. وعلى الرغم من خطورة نقل الهيربس إلى طفل غير مولود متدنية نسبياً، ولكن إذا حدث النقل أثناء الولادة يمكن أن يؤدي إلى نتائج وخيمة على الطفل من مثل العجز العصبي وضعف الرؤية والسمع، بينما أشار (Hutchinson & Sandall,1995) أنه يمكن أن تؤثر أمراض أخرى من مثل

الكلاميديا، على تطور الجنين وصحته. كما أن الأمراض المنقولة جنسيا تشكل خطراً على المراهقين بشكل خاص.

- الإيدز: يمكن أن ينتقل الإيدز أثناء الحمل والولادة والرضاعة من الصدر. ذكر بولاند (Boland.200) أن حوالي (25٪) من النساء الأمريكيات ممن يعانين متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) ينقلن إلى أبنائهن هذا المرض أثناء الحمل، الولادة أو الرضاعة من الصدر. ويمكن أن يخفف العلاج بالعقاقير أثناء الحمل من معدل النقل إلى (8٪)، ولذلك فإن الرعاية في فترة ما قبل الولادة ضرورية للنساء المصابات بالإيدز وأطفالهن، ويضعف الإيدز جهاز المناعة مما يؤدي في النهاية إلى الموت. ولكن الأطفال الذين يعانون من الإيدز بأشكاله الأشد يجب أن يتلقوا خدمات تربية خاصة، ويجب أن تركز هذه الخدمات على إثراء نوعية الحياة لدى هؤلاء الأطفال وعائلاتهم. هذا ويزداد عدد حالات الإصابة بالإيدز بشكل سريع بين النساء والأطفال في جميع أنحاء العالم، وهناك احتمال أكبر لأن تكون المرأة المصابة بالايدز شابة، فقيرة ومن المدينة. ولقد بين كل من ليندجرن وشتاينبيرج وبايرز (Lindegren , Steinberg &Byers, 2000) أنه ونتيجة لذلك قد يكون أطفالهن عرضة لعوامل بيولوجية وبيئية متعددة مهددة بالخطر. وتشكل النساء السود الإسبانيات بشكل خاص نسبة عالية من الإصابة بالمرض. وتحذر ليندجرن ورفاقها بأنه على الرغم من وجود أدلة مشجعة على ازدياد نسبة النجاة بسبب العلاج الفعال، إلا أن انتقال المرض لا يزال مستمراً. والنساء الشابات هن المعرضات بشكل خاص للإصابة به.

ب. مواد مؤذية للأم Maternal Substance Abuse:

يستمر استخدام العقاقير من قبل الأم أثناء الحمل في التسبب بقلق كبير بين الاختصاصيين والسياسيين والرأي العام، ويوصي الأطباء بأن لا تتعاطى المرأة الحامل أياً من العقاقير المشروعة سواء أكانت بوصفة طبيب أم معطاة دون وصفة، وأن تأخذها فقط حسب توصية الطبيب. لقد ارتبطت العديد من العقاقير التي تعطى دون وصفة أو حسب وصفة بتشوهات ولادية خاصة تشوهات القلب، وتلف الأذن، والشفة المشقوقة والحنك. وأشار ديكسون (Dixson,1989) إلى عدم قيام الباحثين بفحص آثار العقاقير

الأخرى على الجنين. وقد أظهرت مأساة الثاليدومايد في الخمسينيات وجوب الانتباه الكامل عند تناول الأدوية أثناء الحمل.

ويأتي تحذير الأطباء من الأدوية التي لا تعطى بوصفة من الطبيب بشكل جزئي من تجربة مر بها العديد من الأوروبيين وتتعلق بتناول ثاليدومايد في أواخر الخمسينيات، وكان هذا الدواء يوصف للنساء الحوامل لعلاج الغثيان. ومع مرور الوقت اكتشف أن تناوله أثناء الثلاثة أشهر الأولى من الحمل يسبب ولادة الطفل بذراعين وأرجل قصيرة، أو بلا أرجل أو ذراعين، ولقد علمت هذه التجربة المختصين ضرورة التركيز على الانتباه الشديد قبل تناول الأدوية أثناء الحمل.

لقد بدأ الكشف عن الآثار طويلة الأمد لاستخدام العقاقير غير المشروعة أثناء الحمل حديثاً فقط. خصوصاً على أطفال الأمهات اللواتي كن يستخدمن الكوكايين والهيروين والثيادون والماريجوانا وأمفيتامين. فالأمهات اللواتي يستخدمن مواد مؤذية ويستخدمن مجموعة من العقاقير مع الكحول يطلق عليهن "متعاطيات لمواد متعددة"، ويبدو أن هؤلاء الأطفال معرضون لخطر شديد وقصير الأمد وقد يكون ضعفاً بشكل خاص تجاه آثار بيئية غير مستقرة.

ويعتبر الكوكايين والماريجوانا العقاقير الأكثر استخداماً من قبل النساء ممن هن في سن الحمل، والمواليد الذين يكونون معرضين للكوكايين قبل الولادة لديهم احتمال أكبر لأن يولدوا في وقت مبكر وأن تكون أوزانهم متدنية مع محيط رأس أقل. وتشير بعض الأبحاث إلى أن لديهم احتمالاً أيضاً لأن يعانوا من تشوهات ولادية، وأن يموتوا أثناء فترة ما قبل الولادة، وأن يموتوا بسبب متلازمة وفاة الرضع الفجائية (SIDs) خلال العام الأول من حياتهم.

وقد بين كل من مايرز وأولسون وكالتيناش (Myers, Olson & Kaltenbach,1992) أنه من الصعب التنبؤ بالآثار طويلة الأمد للتعرض للعقاقير المحظورة على نمو الطفل فتبقى غير واضحة، ولكن يوافق معظم الباحثين على أن أطفال ما قبل المدرسة ومن هم في سن المدرسة ممن يتعرضون للعقاقير وهم في رحم أمهاتهم يكونون معرضين لخطر حدوث تأخر في نموهم، واضطرابات لغوية وصعوبات انفعالية وسلوكية متعلقة بالانتباه. بالإضافة إلى ذلك، تؤثر المواد المؤذية بشكل حاد على بيئة العائلة، حيث إن أكثر من نصف النساء

ممن هن معتمدات على الكوكايين مثلاً سوف يعانين من إيذاء جسدي، ومن الأمراض المنقولة جنسياً (STDs)، أو انفصال عن أطفالهن بسبب تعرضهن للحبس.

واستعرض ريتشاردسون وداي (Richardson&Day,1994) الأمهات اللواتي يستمرين في استخدام المواد المؤذية قد يهملن الحاجات الأساسية لأطفالهن، ويبدو أن الأطفال المعرضين لمواد والذين لديهم احتمال أكبر للتعرض لمشكلات في حياتهم هم أولئك الذين يتعرضون لعوامل خطر إضافية مثل: عدم الاستقرار العائلي وغياب الرعاية الطبية.

> ويمكن أن ينتج عن تعاطي الأم للكحول أثناء الحمل متلازمة جنين الكحول وآثار الجنين الكحولي.

يمكن أن يكون لتعاطي الأم للكحول أثناء الحمل آثار عظيمة على نمو الجنين، وبشكل خطير على الأطفال الناجين، ويمكن أن ينتج عن هذا متلازمة الكحول الجنيني (FAS). ويتميز الطفل الذي يعاني من (FAS) بملامح وجه متغيرة مثل:

- رأس صغير.
- عينين واسعتين جداً.
- أنف مقلوب.
- أذنين كبيرتين.
- ذقن صغيرة.
- كما قد يعاني أيضاً من تأخر في نمو اللغة والمعرفة.
- وجود مشكلات سلوكية مثل السلوك الفوضوي.
- قد يكون لديه أعراض الانسحاب الاجتماعي.

ويكون لدى بعض الأطفال خصائص معرفية وسلوكية مرتبطة بـ (FAS)، ولكن دون وجود إعاقات جسدية. وبذلك، يقال إن هؤلاء الأطفال يعانون من آثار كحولية جينية (FAE). وتحدث التشوهات الولادية المرتبطة بالكحول (FAS & FAE) لدى واحد من كل (200) ولادة في أنحاء العالم مما يجعلها إحدى المسببات الرئيسة للتخلف العقلي اليوم.

وذكر باتشو وكولون (Batshaw & Conlon,1997) أنه وعلى الرغم من حقيقة أن ليس جميع أبناء النساء اللواتي يتعاطين الكحول يعانون من هذه الآثار البعدية، إلا أن الباحثين لم يتعرفوا على مستوى "آمن" من تعاطي الكحول أثناء الحمل. ونتيجة لذلك، يوصي الأطباء بأن لا تتعاطى النساء الحوامل الكحول أبداً.

كما يمكن أن يسبب التدخين مضاعفات حمل بالإضافة إلى تدني الوزن عند الولادة وتشوهات جسدية لدى الأطفال. فالتعرض للتبغ قبل الولادة يمكن أن يكون له تأثير خطير على الجنين. ويعتبر تدخين المرأة للسجائر أثناء الحمل هو السبب الوحيد والرئيس لتدني وزن المولود (Shiono & Behrman,1995). وتعاني النساء الحوامل اللواتي يدخن من نسبة عالية نسبياً من مضاعفات الحمل التي يمكن أن ينتج عنها فقدان الجنين، ولادة مبتسرة "خداج"، وتشوهات جسدية. والدراسات التي أجريت حول الآثار طويلة الأمد للتدخين أثناء الحمل على نمو الطفل غير حاسمة، ولكن من الواضح أن تدخين الأم ينتج عنه إصابات أكثر بالرشح والربو وغيرها من مشكلات الجهاز التنفسي بالإضافة إلى التهابات الأذن الوسطى لدى الأطفال.

ج. التطرف في سن الأم الحامل Extremes of Maternal Age:

تتعرض الأمهات الحوامل الصغيرات في السن وكبيرات السن أيضاً إلى خطر مضاعفات حمل مختلفة؛ فالنساء اللواتي أعمارهن في بداية ونهاية المدى التكاثري عرضة لخطر كبير ناجم عن مشكلات الحمل المختلفة، فالأمهات صغيرات السن، وخصوصاً اللواتي تكون أعمارهن في بداية سن المراهقة لديهن احتمال أكبر لأن يعانين من مضاعفات حمل ينتج عنها ولادة مبتسرة أو مواليد بوزن متدن عند الولادة بالإضافة إلى مضاعفات طبية أخرى يمكن أن تعرض حياة وصحة مواليدهن للخطر. ومن بين العوامل البيولوجية التي تضع الأم المراهقة الحامل في خطر التغذية السيئة وحجم الأم الصغير. والأهم من ذلك، عدم التمكن من الحصول على رعاية طبية أثناء الحمل.

وأوضح ميسلز وواسك (Meisels & Wasik,1990) أن أطفال النساء صغيرات السن عرضة للخطر بسبب خصائص البيئة التي تقدم لهم الرعاية. فقد تواجه النساء الحوامل المتقدمات في السن أنواعاً مختلفة من المشكلات؛ فلديهن احتمال أكبر لأن يلدن طفلاً مصاباً بمتلازمة داون وهي حالة سببها كروموسوم واحد وعشرين

زائد مما ينتج عنه تخلف عقلي وجسدي وملامح ذات شكل شاذ للطفل. وكلما كان عمر الأم أكبر، كلما كان هناك احتمال أكبر لأن يلدن أطفالاً مصابين بمتلازمة داون. وتوصي الرابطة الأمريكية الطبية النساء الحوامل ممن تبلغ أعمارهن (35) عاماً وما فوق بأن يجرين اختبارات للسائل الأمينوسي أو غيره من الفحوصات أثناء الحمل. وهناك احتمال أيضاً لأن تصاب النساء الحوامل ممن هن فوق الـ (35) من العمر أو أكثر بمشكلات صحية من مثل السكري وارتفاع ضغط الدم مما يضاعف من أخطار الحمل. ومع ذلك، هناك احتمال أكبر لأن تحصل النساء الحوامل الأكبر سناً على رعاية طبية ثابتة أثناء الحمل. وبما أن هذه النساء تحصل على مثل هذه الرعاية، فيمكن بذلك السيطرة على العديد من مضاعفات الحمل المحتملة وولادة طفل بصحة جيدة. فالرعاية الطبية المبكرة والمستمرة أثناء الحمل يمكن أن تخفف من آثار عمر المرأة الحامل.

ثالثاً: عوامل أثناء الحمل (ولادية) Perinatal Factors

تتراوح فترة أثناء الحمل من الأسبوع الثاني عشر من الحمل وحتى اليوم الثامن والعشرين من الحياة.

إن العوامل أثناء فترة الحمل هي تلك التي تحدث من الأسبوع الثاني عشر إلى اليوم الثامن والعشرين من الحياة، وهذه هي الفترة التي يمكن فيها للأبحاث الطبية والتكنولوجيا أن يكون لهما تأثير عميق على كل من نجاة الطفل ونوعية الحياة التي يعيشها المواليد الصغار والمرضى. ومع ذلك، تزيد ضغوط فترة أثناء الحمل من حالة الخطر مما يستدعي أحياناً علاجاً ومتابعة.

أ. نقص الأكسجين Oxygen Deprivation:

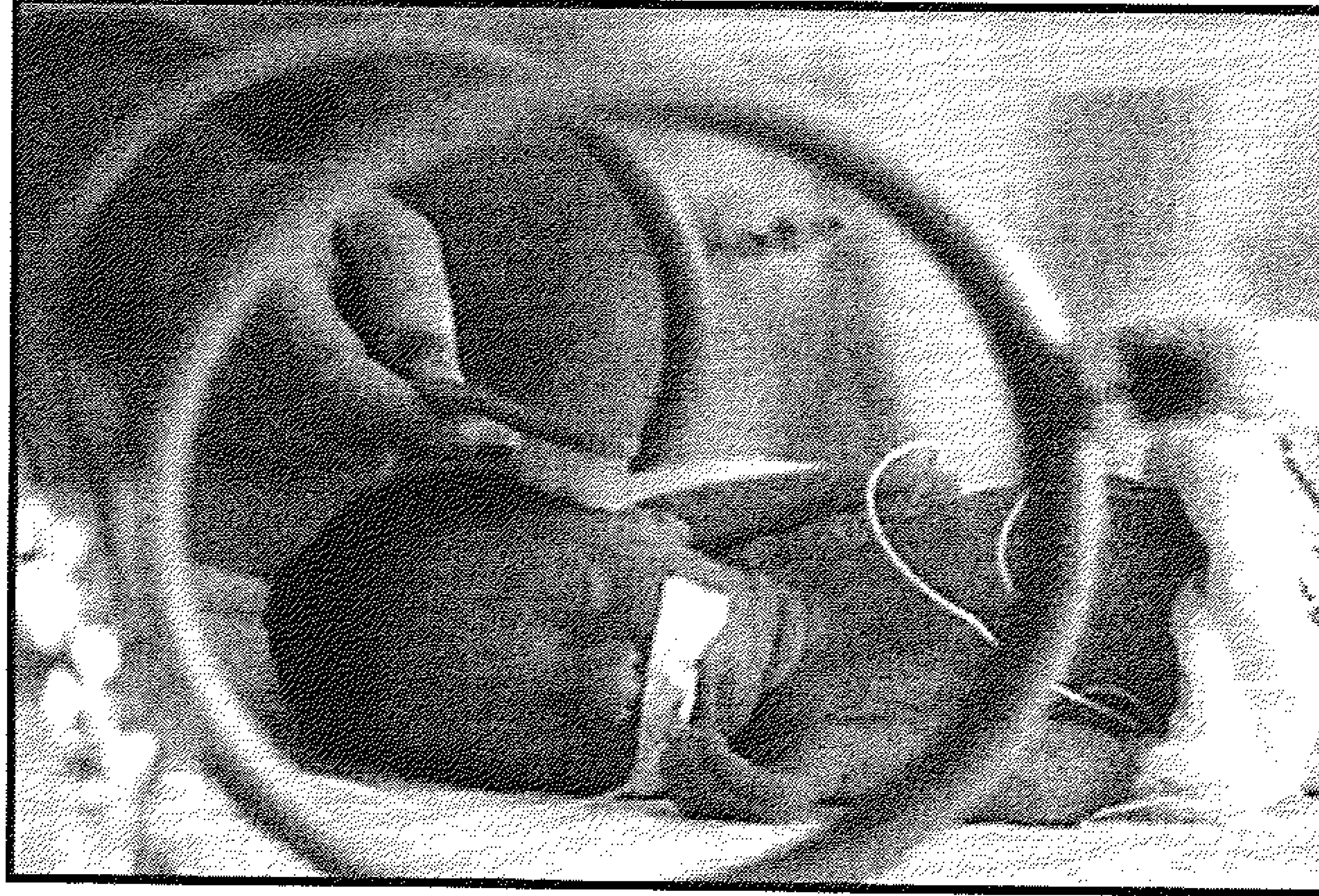
يمكن أن يعاني الوليد ولأسباب متعددة من نقص الأكسجين أثناء الحمل والمخاض والولادة وبدء الحياة، أو قد يعانون من نقص في وفرة الأكسجين في أنسجة الجسم. ويمكن أن يتسبب نقص الأكسجين في موت خلايا الدماغ مما ينتج عنه تلف الدماغ الذي قد يؤدي أحياناً إلى الموت. كما يمكن أن تكون الآثار طويلة الأمد

لنقص الأكسجين حادة أو قليلة، ولكن من بين حالات الإعاقة المرتبطة بنقص الأكسجين طويل الأمد هناك: الشلل الدماغي، التخلف العقلي، النوبات والعجز البصري والسمعي، بالإضافة إلى مشكلات سلوكية. وقد يعاني الأطفال الذين يتأثرون بشكل أكبر من نقص الأكسجين من حالات معتدلة من نقص الأكسجين، وبذلك لا يصابون بإعاقات (Robertson &Finer,1993).

ب. الولادة المبكرة (المبتسرة) ونقص الوزن عند الولادة:

Prematurity and Low Birthweight

يولد الأطفال الخدج قبل الأسبوع السابع والثلاثين من الحمل، أما الأولاد ذوو الوزن المتدني فتكون أوزانهم أقل من (5) باوندات ونصف.



إن معدل فترة الحمل يبلغ (40) أسبوعاً يقل أو يزيد بأسبوعين، ويطلق على المواليد الذين يولدون قبل الأسبوع السابع والثلاثين مواليد مبتسرين (خدج). وعلى الرغم من أن توقيت الولادة مهم، إلا أن وزن المولود قد يكون أكثر أهمية؛ فالمواليد الذين تكون أوزانهم (5) باوندات ونصف (2200 كغم) يقال بأنهم يعانون من نقص الوزن عند الولادة، حتى المواليد الذين يكملون فترة الحمل يمكن أن يولدوا بوزن قليل، وبذلك، فإن الولادة المبكرة والوزن عند الولادة يمكن أن تكون عوامل مستقلة عن بعضها بعضاً. وسنضرب مثلاً على ذلك: طفل مبتسر ولد في الأسبوع الرابع والثلاثين قد يصل وزنه إلى ستة باوندات، وطفلة ولدت في موعدها قد يكون وزنها (4) باوندات فقط.

وبعض الحالات التي ارتبطت بالولادة المبكرة في الأبحاث المتعلقة بهذا الموضوع تمثلت في نقص الرعاية أثناء الحمل، صحة الأم قبل الحمل، والمرض أثناء الحمل،

ووضع الأم الغذائي قبل الحمل، واكتساب الوزن أثناء الحمل، عمر الأم ووزنها والتدخين وتعاطي العقاقير ووجود مشكلات في الرحم والحوض، والطبقة الاجتماعية، والجماعة العرقية التي تنتمي إليها، والولادات المتعددة. فالنساء الفقيرات والصغيرات في السن يكن عرضة لخطر حدوث الولادة المبكرة، كما أن لديهن احتمالاً أكبر للحصول على رعاية طبية قليلة أثناء الحمل، أو عدم الحصول على رعاية طبية أبداً، ولأن تعاني من نقص في التغذية.

ولقد بين شول وهيديجر وبيلسكي (Scholl, Hediger & Belsky, 1994) أخطار الولادة المبكرة:

- هناك احتمال أكبر لأن يكون وزن المواليد الخدج أقل، وكلما كان الوزن أقل، كلما كان هناك احتمال لأن يعاني المولود من مضاعفات خطيرة أو لأن يتعرض للموت.
- أحياناً، لا تكون أجهزة المواليد المبتسرين جاهزة للعمل بشكل مستقل، ويحتاج المواليد لزيادة أوزانهم ولكن غالباً ما تكون القدرة على التنسيق بين الرضاعة والبلع غير متطورة، كما أن أمعاءهم تكون غير جاهزة بعد لهضم الطعام بشكل طبيعي. ولذلك، تتضاعف مشكلات التغذية وزيادة الوزن.
- كما أن جهاز المناعة غير المكتمل قد يجعلهم عرضة للعدوى.
- بالإضافة لذلك، كلما كان الوزن عند الولادة أقل، كلما كان هناك احتمال أكبر لأن يتعرض المولود لمضاعفات الولادة المبتسرة من مثل: متلازمة ضيق التنفس (صعوبة شديدة في التنفس)، نزيف دماغي، وعدم اكتمال نمو العين Retinopathy (وهي حالة تصيب العين ويمكن أن تؤدي إلى العمى) مما يعرض نموهم على المدى البعيد للخطر.

إن التقدم في دراسة المولودين حديثاً Neonatology وفي رعاية الأطفال المعرضين لخطر شديد زاد من احتمال نجاة العديد من المواليد ذوي الوزن الناقص. فلقد غير التقدم في دراسة المواليد التشخيص، وبشكل مؤثر، حتى بالنسبة للمولودين مبكراً وممن يحظون بأدنى فرصة للنجاة. ولقد زادت الرعاية المتخصصة المعطاة لهؤلاء الرضع الهشين في وحدة رعاية المواليد المكثفة "الخداج"، وهي عبارة عن مكان مخصص في المستشفى لتوفير الرعاية للمواليد حديثاً والأطفال الخدج، من احتمال نجاة العديد من

الرضع الذين كان من المحتمل أن يموتوا حتى قبل أعوام قليلة مضت. وإلى وقت متأخر، كان المواليد ممن يزنون (3) باوندات ونصف أو أقل - والذين يطلق عليهم اليوم "مواليد منخفضي الوزن جداً عند الولادة " - يموتون بشكل روتيني، ولكن معظمهم اليوم ينجو بشكل روتيني. ولقد تغيرت حدود النجاة بشكل مؤثر خلال الأعوام القليلة الماضية. وحالياً، تبقى غالبية المواليد الذين يولدون في الأسبوع الرابع والعشرين وأكثر على قيد الحياة. كما تكون أوزان معظم هؤلاء الأبناء أقل من باوندين. ولقد كان أقل وزن لطفل نجا باوند واحد. وتساعد العقاقير الجديدة التي تعالج متلازمة ضيق التنفس بنجاح في زيادة أعداد هؤلاء الأطفال الناجين. ومع ذلك، هناك احتمال أكبر للمواليد الخدج لأن يصابوا بحالات من مثل: الشلل الدماغي، التخلف العقلي، النوبات، والضعف البصري والسمعي من المواليد الذين أكملوا أشهر الحمل.

ويزداد عدد الناجين من المواليد الخدج ممن يعانون من حالة إعاقة مع نقصان الوزن عند الولادة. وذكر (Hack&Fanaroff,2000;Saigal,2000) أن من (10 – 30٪) من المواليد ذوي الوزن الناقص ممن يبقون على قيد الحياة يعانون من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات، وتتراوح إعاقاتهم من مشكلات تعلم في المدرسة، وخاصة تلك المتعلقة بفرط النشاط والانتباه إلى الإعاقات الشديدة.

رابعاً: عوامل ما بعد الولادة Postnatal

يمكن أن ينتج عن أمراض التهاب السحايا والتهابات الأذن المزمنة إعاقات تؤثر على الأداء المدرسي. فمن بين العوامل المزمنة التي يمكن أن تؤثر على الطفل في مرحلة ما بعد الولادة والطفولة المبكرة والتي يمكن أن تجعل الطفل عرضة لمواجهة صعوبات تعلم في المدرسة الأمراض المزمنة والعدوى ونقص التغذية الحاد. وقد تسبب الأمراض المزمنة من مثل الربو والتهاب المفاصل في أن يتغيب الطفل عن مدرسته عدة أيام، أو قد تسبب له نتائج أكثر خطراً، كما يمكن أن تسبب عدوى الطفولة من مثل التهاب السحايا الذي يرافقه ارتفاع في درجة الحرارة تلفاً للدماغ مما ينتج عنه مدى من حالات الإعاقة من مثل فقدان البصر والسمع والتخلف العقلي. كما أن الحالات مثل التهابات الأذن الوسطى المزمنة، وهي إحدى أكثر أشكال أمراض الأذن الوسطى خطورة والتي تعتبر مظهراً شائعاً في مرحلة الطفولة المبكرة، يمكن أن يكون لها تأثيرات مهمة وعميقة على تعلم اللغة وعلى الأداء المدرسي فيما بعد.

ويرتبط الحرمان الغذائي عادة مع الفقر المدقع، ومن الصعب فصل آثار التغذية السيئة عن أنواع الحرمان الأخرى من الفقر، وفي العديد من دول العالم الثالث. ومع ذلك، هناك أدلة مؤثرة على أن نقص التغذية يغير من تطور الدماغ لدى الأطفال، كما أن هناك قليلاً من الشك بأن التغذية السيئة والمزمنة يمكن أن تسبب مشكلات تعلم في المدرسة (Kopp,1983).

الخطر البيئي Environmental Risk:

ذكر ساميروف وشاندلر(Sameroff & Chandler,1995) أن الخطر البيئي يشمل جميع عوامل الخطر المتعلقة بالبيئة التي ينمو فيها الطفل. وسوف تقسم عوامل الخطر البيئي إلى أحداث ما قبل الولادة التي يمكن أن تؤثر على بيئة الأم قبل الولادة وما بعد الولادة .

أولاً: العوامل البيئية التي تؤثر على النمو في فترة ما قبل الولادة Environmental Factors That Influence Prenatal Development

بينت الدراسات التي أجريت على هيروشيما وناغازاكي، وكذلك المشاهدات المستمرة للآثار البعدية للحريق الذي هب في المفاعل النووي "تشيرنوبل" بوجود علاقة قوية ما بين تعرض النساء الحوامل للإشعاع والتشوهات الولادية في أبنائهن، من مثل التخلف في الولادة والتشوهات الولادية (Dixson,1989). وتعتمد آثار الإشعاع على بعد المسافة عن المصدر وكثافة المصدر والمدة الزمنية التي تم التعرض لها أثناء الحمل. وعلى الرغم من أن أشعة إكس التشخيصية التي تتعرض لها النساء الحوامل بشكل مستمر نادراً ما تكون قوية بشكل كاف لإيذاء الجنين، إلا أن التعرض لأي شكل من أشكال الإشعاع أثناء الحمل يجب تجنبه بسبب المخاطر المتزايدة لإصابة الجنين بسرطان الطفولة.

وبما أن العديد من النساء اليوم ملتزمات في العمل أثناء الحمل، إلا أن عليهن الأخذ بعين الاعتبار الأخطار المهنية المرتبطة ببعض أماكن العمل؛ فبعض الوظائف تعرض العاملين فيها إلى مستويات متدنية من الإشعاعات، كما تعرضهم وظائف أخرى لمستويات متدنية من الرصاص والزئبق. ولقد ارتبط التعرض لهذه المواد وغيرها مع فقدان الحمل والتشوهات الولادية.

وبين سبارك (Sparks,1984) أن الأطباء ينظرون إلى الأمهات على أنهن مصدر الخطر لأبنائهن، ولكن حاولت بعض الأبحاث المؤخرة التعرف على دور الأب في المساهمة في المخاطر البيولوجية، ويكون الآباء الأكبر سناً مسؤولين عن نسبة قليلة من جميع حالات متلازمة داون (Skinner, 1990). وكذلك ازدادت الأبحاث التي أجريت حول التعرض للمواد السامة في البيئة بسبب اعتقاد العديد من المحاربين القدامى في حرب فيتنام بأن تعرضهم للمبيد العشبي "العامل البرتقالي" زاد من عدد التشوهات الولادية مثل شلل الحبل الشوكي وإصابة أبنائهم بسرطان الطفولة.

ثانياً: العوامل البيئية لما بعد الولادة Postnatal Environmental Factors

تعتبر خصائص بيئة الرعاية للطفل حيوية لحدوث النمو الأفضل، ويجب أن توفر هذه البيئة الحماية من التعرض لمواد سامة وأمراض خطيرة بالإضافة إلى توفير الفرص لتلقي التعليم والنمو الاجتماعي ووجود عائلة مستقرة.

ويوافق معظم الباحثون على أن نتائج حوادث الخطر البيولوجي يمكن أن تصبح مبالغاً فيها أو قد تتحسن حسب خصائص البيئة. فعلى سبيل المثال، على الرغم من تصنيف الـ (AIDS) على أنه عامل خطر بيولوجي وتصاب به جميع الفئات السكانية، إلا أن هناك احتمالاً أكبر لأن يحدث بين أولئك الذين يعيشون في فقر.

ويمكن أن تسبب عوامل أخرى ضمن البيئة مشكلات يمكن أن تؤثر على تعلم الأطفال في المدرسة، مثل التعرض للإشعاعات والمواد الكيماوية السامة.

ويمكن سرد بعض العوامل البيئية لما بعد الولادة:

أ. الرصاص Lead:

يرتبط التعرض المبكر للرصاص باحتمال أكبر لمواجهة مشكلات دراسية؛ فالرصاص عبارة عن مادة بدأ العلماء مؤخراً بمعرفة الكثير عنها، فهناك حوالي مليوني بيت على الأقل في الولايات المتحدة يوجد فيها سطوح مغطاة بالرصاص. ولدى كل طفل تقريباً ممن يعيشون في هذه المنازل مستويات عالية من الرصاص في دمائهم. وبين نيدلمان (Needleman,1992) أنه وعلى الرغم من أن الفقر يزيد من خطر التعرض للرصاص بشكل كبير، إلا أن هناك مستويات عالية، وبشكل كبير من الرصاص، وجدت لدى أطفال من جميع الطبقات الاجتماعية والخلفيات العنصرية. ويعتبر الأطفال الأمريكيون من

أصل أفريقي ويعيشون في فقر هم الأكثر عرضة للخطر، حيث إن (55٪) منهم لديهم مستويات مرتفعة من الرصاص، وتكون درجة الذكاء لدى الأطفال المصابين بمستويات عالية من الرصاص متدنية، بالإضافة إلى معاناتهم من مشاكل في اللغة وتشتت الانتباه، كما يكونون أقل تنظيماً وثباتاً (Needleman et al,1979). وتشير المتابعة طويلة الأمد لهؤلاء الأطفال إلى أن التعرض المبكر للرصاص يرتبط باحتمال أعلى، وبشكل كبير، لأن يعانوا من صعوبات قراءة وتسرب من المدارس. وهناك، بلا شك، مواد أخرى ضمن البيئة يمكن أن تسبب تلفاً للجهاز العصبي النامي لدى الأطفال لم يتم التعرف عليها بعد، فهناك العديد من أسباب مشكلات التعلم في الطفولة لا زالت غير معروفة.

ب. الحوادث Accidents:

تعتبر الحوادث أكثر العوامل الخطيرة الشائعة بعد الولادة، فالحوادث بجميع أنواعها تعتبر أمثلة على المخاطر البيئية. كما أن حوادث السير هي الأكثر شيوعاً، ولكن قد تحدث الحوادث أيضاً عند قيادة دراجة أو أثناء السباحة، أو في أي مكان آخر يلعب فيه الطفل الصغير الفضولي، ويستكشفه. والحوادث تتضمن: إصابات رأسية، نقصاً في الأكسجين، أو إصابات في النخاع الشوكي يمكن أن تسبب إعاقات جسدية حادة بالإضافة إلى مشكلات سلوكية وتعليمية. ويجب أن يكون من يرعى الأطفال منتبهين للمناطق التي يلعب فيها أطفالهم والمخاطر التي يمكن أن تنجم عنها.

ج. الفقر Poverty:

يعتبر الفقر الذي يمكن أن يشمل عوامل اقتصادية واجتماعية سبباً رئيساً للخطر البيئي، فقد يتعرض الأطفال الأسوياء بيولوجياً ممن يعيشون في فقر لخطر مواجهة المشكلات في النمو بسبب خصائص بيئتهم التي تقدم لهم الرعاية. ويتعرف فوني ماك لويد (Vonnie Mclioyd,1998) على بعض عوامل الخطر المرتبطة بالفقر:

- معدلات أعلى من مضاعفات أثناء الولادة.
- تعرض زائد للرصاص.
- تحفيز بيتي معرفي أقل.

ففي الولايات المتحدة اليوم يعيش طفل من بين ستة أطفال في فقر، ويولد طفل فقير كل (35) ثانية، وتصل معدلات فقر الأطفال في ارتفاعها من (2 ـ9) أضعاف

المعدلات في الدول الصناعية الأخرى، وهناك احتمال أكبر لأن يموت الأطفال الفقراء في مرحلة الطفولة، وأن يوضعوا في برامج تربية خاصة، وأن يتسربوا من المدارس. كما أن هناك احتمالاً أكبر لأن تحمل الفتيات في مرحلة المراهقة، ولأن ينخرط الأولاد في سلوك إجرامي، وكذلك هناك احتمال أكبر لأن يعانوا من قيود مفروضة على أنشطتهم بسبب الحالة الصحية المزمنة (مثل الربو أو السكري). ويمكن كذلك أن تؤثر مشكلات الصحة الجسدية على حالة الطفل المعرفية (McLloyd,1998).

ويذكر جار بارينو (Garbarino, 1990) أن بعض العائلات تكون محرومة اقتصادياً ولكنها تمتلك ، بيئة عائلية "غنية اجتماعياً"؛ أفراد عائلة وجيران وأصدقاء يوفرون الدعم لكل من الآباء والأطفال، وهذا يعني "علاقة مساعدة غير رسمية " والتي تعتبر أساس بعض المجتمعات. ولكن هناك عائلات أخرى محرومة اجتماعياً واقتصادياً، بالنسبة لجار بارينو "هناك البيئات التي تكون فيها الرعاية الأبوية غير كاملة وتكون الفترات بين الولادات قصيرة جداً، وتكون هناك معتقدات حول رعاية للطفل غير فعالة على الأغلب. كما أن إمكانية الحصول على رعاية للطفل غير كافية وتدخل مبكر للأطفال من ذوي الإعاقات غير كاف وبشكل تكون فيه وفاة الطفل ومرضه متفشية."

وقد يحدث الحرمان الاجتماعي عند أي مستوى اقتصادي. وتوجد خصائص للعائلات التي يمكن أن تعرض طفلها للخطر، منها: إساءة المعاملة وعدم الاستقرار العائلي.

أ. إساءة معاملة الطفل Child Maltreatment:

قد يكون إيذاء الأطفال مسؤولاً في بعض الحالات عن التخلف العقلي، والإعاقة الجسدية والاضطراب الانفعالي. فيقع مصطلح إيذاء الأطفال وإهمال الأطفال مع بعضهما البعض تحت مصطلح " إساءة معاملة الأطفال"، وتتوافر العديد من التقارير المتعلقة بكليهما. وعلى الرغم من أن الأوقات الاقتصادية الصعبة والمعدلات العالمية للبطالة تزيد، وبلا شك، من احتمال إساءة معاملة الطفل فالتقارير التي تبلغ عن قتل الأطفال وإيذائهم وإهمالهم قديمة قدم التاريخ. وتظهر لدى جميع الثقافات، ويزيد تمثيل الأطفال من ذوي الإعاقات في عينات الأطفال الذين تم إيذاؤهم ،ولكن من الصعب تقرير عدد الأطفال من ذوي الإعاقات الذين تم إيذاؤهم، ومع ذلك، يرتاب الأخصائيون

بأن إيذاء الأطفال مسؤول عن نسبة من حالات التخلف العقلي، والإعاقة الجسدية والاضطراب الانفعالي.

ب. عدم الاستقرار العائلي Family Instability:

على الرغم من أننا نعرف الآن أن العائلة المؤلفة من والدين ليست شرطاً أساسياً لنمو وتطور أفضل للطفل، إلا أنه يبدو واضحاً أن الأطفال يحتاجون إلى راعٍ واحد مستقر، على الأقل، خلال مرحلة الطفولة لكي يتطوروا بشكل جيد. وفي هذا الصدد بيّن ويرنر وسميث (Werner & Smith,1982) أن هذا الراعي قد لا يكون من أحد الوالدين، وغالباً ما يكون جدة أو قريباً آخر يمكن أن يوفر الاستقرار المستمر الذي يحتاجه الطفل. ويبدو أن الأطفال الذين يمرون بتغيرات عديدة من حيث المسؤولين عن البيت يكون أداؤهم أقل جودة في المدرسة وقد يكونون أكثر عرضة للتسرب من المدرسة والانخراط في سلوكيات عدوانية.

وهنا لا بد من الإشارة إلى ضرورة التركيز على أن وجود عامل خطر واحد فقط لا يؤكد ولا يعني وجود مشكلات تطورية، بل إن هذه المشكلات تحدث بسبب وجود عدة عوامل خطر تكون على الأغلب متكونة من مجموعة من الحوادث البيولوجية والبيئية.

وقد أظهرت الأبحاث التي أجريت على عوامل الخطر بأن الأطفال الذين يعانون من عوامل الخطر البيولوجية التي قمنا بوصفها سابقاً مثل الولادة المتعسرة، هم الأكثر عرضة للإجهادات البيئية من الأطفال الآخرين. والجمع بين عوامل الخطر البيولوجية والبيئية يضع هؤلاء الأطفال المتطورين في خطر التعرض لمشكلات مدرسية في المستقبل.

الفصل الثالث

الوقاية Prevention

- تمهيد .
- استراتيجيات رئيسة للوقاية .
- التدخل المبكر كوقاية .
- طرق الوقاية من الإعاقة
- برامج التدخل المبكر .
- أفضل الممارسات في تربية وتعليم الأطفال .
- التعرف على الأطفال المعرضين للخطر وتشخيصهم .
- المشكلات التي تواجه التنبؤ بالإعاقات من خلال عوامل الخطر .
- الطفل المرن .

الفصل الثالث

الوقاية Prevention

تمهيد:

لحسن الحظ، يمكن اتخاذ العديد من الخطوات لمنع حدوث عوامل الخطر والمشكلات النمائية لدى المواليد والأطفال أو التقليل منها. ويمكن اتخاذ بعض هذه الخطوات للأطفال؛ فبعض هذه الخطوات يمكن اتخاذها من قبل الأهل؛ وبعضها تكون عبارة عن مسائل تتعلق بالسياسة العامة للدول، كما يمكن للأهل ولجماعات الضغط أن تعمل ضمن النظام السياسي لمناصرة التغيرات المهمة في مجال الوقاية (Simeonsson, 1994).

استراتيجيات رئيسة للوقاية Major Strategies For Prevention:

أولاً: المطاعيم

يعتبر التطعيم ضد الأمراض المعدية استراتيجية وقاية يجب توفيرها لكل الأطفال.

يبدأ التطعيم ضد الأمراض المعدية في العام الأول من الحياة ويجب أن يستمر خلال الطفولة المبكرة. ويتم تطعيم الأطفال ضد أمراض: الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي، الحصبة، الجدري، النكاف، الحصبة الألمانية وشلل الأطفال، وغيرها من الأمراض. وفي الحقيقة، يمكن للبرامج الوطنية للتطعيم واسعة الانتشار أن تقضي على هذه الأمراض، التي يمكن للعديد منها أن يؤذي الحوامل أيضاً. وهناك العديد من البالغين لم يتم تطعيمهم ضد الحصبة الألمانية، وإذا ما تعرض الشخص لهذا المرض فقد يتم الخلط بينه وبين أنواع أخرى من الأمراض الشائعة. وعليه فإن غير المصابين بالحصبة الألمانية من البالغين عليهم أخذ مطعوم ضدها وبذلك لن يساهموا في انتشار هذا الفيروس. وهذا الأمر ليس مقتصراً على النساء اللواتي يفكرن بالإنجاب فقط، بل الرجال أيضاً يمكن أن ينشروا هذا الفيروس أيضاً.



ثانياً: الإرشاد الجيني Genetic Counseling

يمكن أن يكون الإرشاد الجيني أيضاً خطوة في منع الإعاقة. فقد يجد الراغبون في الزواج ممن لديهم أسباب للقلق باحتمال إنجاب طفل مصاب بحالة إعاقة أن الإرشاد الجيني يمكن أن يزودهم بالمعلومات المفيدة. وبالحصول على معلومات حول عائلة الزوجين المستقبليين وتاريخهم الصحي الشخصي، يمكن للمرشد الجيني توضيح احتمالية أن يرث الطفل حالة وراثية. ويمارس المرشد الجيني دوراً محايداً، فهو يزود الراغبين بالزواج بمعلومات وخيارات ممكنة، ولكنهم يتركون الآباء فيما بعد ليتخذوا قرارهم بإنجاب طفل أم لا. وفي هذا الصدد ذكر شيد (Chedd,1995) أن على الراغبين في الزواج أن يتخذوا قرارات صعبة، حيث من النادر أن يضمن المرشد الجيني نتائج الحمل.

مواصفات المرشد الجيني:

- أن يكون المرشد الجيني ذا اطلاع في علوم الأحياء وعلم النفس والفلسفة، لمحاولة توفير معلومات دقيقة وحديثة حول أسباب وعلاج الاضطرابات الوراثية، والاختبارات المتوافرة للتعرف عليها، وتشخيصها لطفل يعاني من حالة وراثية والتوقعات المحتملة للأحمال القادمة.
- يجب أن يمتلك المرشد الجيني الجيد معرفة بالوراثة.
- القدرة على توصيل هذه المعرفة بلغة سهلة الفهم.
- يجب أن يكون المرشد الوراثي قادراً على الاستماع.
- تتوافر لديه كمية هائلة من المعلومات حول المصادر المحلية والوطنية.

- أن يكـون قـادراً علـى تفسير أو توضيـح التـضمينات العمليـة لآخـر نتـائج الأبحـاث.

الحالات التي يمكن أن تستفيد من خدمات المرشد الجيني:

- العـائلات التي يوجد فيها اضطراب وراثي معروف مثل: التليف الكيسي، مرض هنتنجتون، أو الهيموفيليا.
- الأزواج القـادمون مـن نفس الجماعـة العرقيـة، عنـدما تكـون هـذه الجماعـة معروفة بحدوث نسبة عالية من الاضطرابات المعنية، مثل الإصابة بفقر الدم ذي الخلية المنجلية.
- العـائلات الـتي يحـدث فيهـا إجهـاض متكـرر، ولادة الجـنين ميتـاً، أو وفـاة أطفال لأسباب مجهولة.
- النـساء الحوامـل اللـواتي تبلـغ أعمـارهن أكثـر مـن (34) عامـاً أو اللـواتي يخططن للحمل.
- الأقارب "خصوصاً الأشقاء" لطفل يعاني من اضطراب يمكن انتقاله وراثياً.

ثالثاً: رعاية ما قبل الولادة المبكرة Early Prenatal Care

تعتبر الرعاية الثابتة لمرحلة ما قبل الولادة المبكرة أكثر وسيلة فعالة لمنع العديد مـن الإعاقـات، فقـد تكـون الخطـوة الأسـهل والأكثـر روتينيـة، حيـث يمكـن للمـرأة الحامـل أن تتخـذ هـذا القـرار لتخفيـف المخـاطر الـتي يتعـرض لهـا جنينهـا، هـي الأكثـر فعالية. فالرعاية المبكرة وهي الرعاية التي تتلقاها الأم الحامل من طبيبها أثناء الحمل يمكـن أن تجـرى لهـا فحوصـات مهمـة ولكنهـا روتينيـة، بالإضـافة إلى المراقبـة الـتي يمكن أن تؤثر على الجنين بشكل كبير. ففحوصات الدم التي تقرر وجود أمراض يمكن أن تنقل جنسياً وغيرها من الأمراض، والمعلومات حول التغذية المناسبة، ومستوى النشاط أثناء الحمل، والإرشاد والعلاج المعتمد على حاجات الأم تخفف من مستوى الخطر في كل حمل بشكل كبير.

على الرغم من فعالية رعاية مـا قبـل الـولادة المبكـرة كإجراء وقـائي، فـإن آلاف النساء يلدن سنوياً دون مراجعة أي طبيب واحد أو حتى مراجعة مركز صحي، والعديد منهن شابات ومعظمهن فقيرات.

أخطار ولادة طفل لنساء لا يتلقين رعاية طبية:

إن المواليد الذين يولدون لنساء لا يتلقين رعاية طبية لديهم احتمال أكبر لـ:

- ولادة أطفال (خداج).
- ولادة أطفال مرضى عند الولادة.
- الإجهاض.
- ولادة الجنين ميتاً.
- الوفاة المبكرة للوليد في هذه الحالات من الحمل.

وقد أكد جار بارينو (Garbarino,1990) على ضرورة تنوع طرق الرعاية لمرحلة ما قبل الولادة، وأن تكون مجانية أو ذات كلفة المتدنية، حتى تكون نسبة الوفيات للمواليد الجدد قليلة.

رابعاً: فحوصات قبل الولادة Prenatal Testing

يمكن لفحص السائل الأمينوسي وعينات الزغب المشيمي أن تزود الأهل بمعلومات حول صحة الجنين.

بالنسبة لهؤلاء الذين تلقوا إرشاداً جينياً أو كانوا مهتمين بصحة الجنين، هناك إجراءان يمكن أن يوفرا معلومات أكثر، وهما:

- عينية السائل الأمينوسي.
- عينة الزغب المشيمي (cvs).

ذكر باتشو وروز (Batshaw & Rose, 1997) أن فحص السائل الأمينوسي هو أول أسلوب تم تطويره للتشخيص أثناء الحمل. ويتم إجراؤه ما بين الأسبوع الرابع عشر والثامن عشر من الحمل عن طريق إدخال إبرة خلال بطن الأم واستخراج أقل من أونصه من السائل الأمينوسي، ويحتوي السائل الأمينوسي على خلايا يطرحها الجنين.

بماذا يفيد فحص السائل الأمينوسي؟

- تتم زراعة هذه الخلايا، واستخراج عدد ووصف كروموسومات الجنين "مجموع خصائص نواة الخلية" خلال أسبوعين أو أقل. ويمكن أن يقود

فحص كروموسومات الجنين إلى التعرف على الشذوذ في عدد الكروموسومات مثل متلازمة داون.

- كما يمكن رؤية دلائل على وجود تشوهات في الأنبوب العصبي، شلل الحبل الشوكي وذلك من خلال تحليل خلايا السائل الأمينوسي.

ومن الجدير بالذكر أن هذا الفحص آمن، حيث إن المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها الجنين والأم من هذا الفحص منخفضة تماماً.

وبالنسبة لعينات الزغب المشيمي (CVS) والذي يمكن إجراؤه ما بين الأسبوع الثامن والتاسع من الحمل، يتم إدخال قسطرة رقيقة من خلال الفرج إلى الرحم وتستخدم لإزالة قطعة صغيرة من الخلايا من المشيمة وهو جزء من الغشاء المشيمي المتطور، وتتم زراعة هذه الخلايا والتي تحتوي على مادة وراثية من الجنين وخلال يومين أو ثلاثة يتم الحصول على مجموع خصائص نواة الخلية. ويمكن بعد ذلك تقرير وجود أدلة على متلازمة داون وغيرها من التشوهات الوراثية الشائعة. ويعتبر (CVS) أقل أماناً من فحص السائل الأمينوسي، وهناك تقريباً ما نسبته (1٪) من وجود خطر أكبر لحدوث إجهاض بعد فحص (cvs) منه بعد فحص السائل الأمينوسي، ولكن مع إجراء أبحاث أكثر يمكن استخدامه بشكل متكرر أكثر من فحص السائل الأمينوسي. (Richardson & Day, 1994).

التدخل المبكر كوقاية Early Intervention as Prevention :

التدخل المبكر هو عبارة عن مجموعة من الخدمات يتم توفيرها للأطفال منذ الولادة وحتى سن الثالثة ولعائلاتهم والمصممة حسب خصائصهم وحاجاتهم المتفردة.

وليس هناك شك في أن الوقاية من الإعاقة تتطلب التعرف على عوامل الخطر المختلفة التي تهدد نمو الأطفال ليتم تصميم وتنفيذ البرامج القادرة على درء مخاطرها. وبالرغم من أن غموضاً كبيراً ما يزال يكتنف أسباب إعاقات كثيرة إلا أن البحوث العلمية في العقود القليلة الماضية قد ألقت الضوء على عدد كبير من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة أو المرتبطة بها في مرحلة الطفولة المبكرة. ولكن الإجراءات الوقائية لن تقضي قضاءً تاماً على الإعاقة وعليه فالحاجة إلى التدخل المبكر تبقى مستمرة وواضحة كل الوضوح (Odom, & Hanson, 2003).

وقد أصبح من الضروري ربط الكشف المبكر بشكل وثيق بالوقاية من الإعاقة من جهة وبالتدخل المبكر من جهة ثانية. وفي الواقع فإن برامج التدخل المبكر المنفذة في المراكز المتخصصة وتلك الموجهة نحو الأسر، والإعلانات العالمية المتعلقة بالتربية للجميع وحقوق الإنسان بوجه عام وحقوق الإنسان المعاق بوجه خاص، والبحوث والدراسات العلمية المتصلة بالطفولة والتربية الخاصة، أعطت دفعة قوية لرسالة التدخل المبكر (Bricker, McComas, 1998).

إن وجود عوامل الخطر لا يضمن وجود إعاقة أو تأخراً في النمو، ويلعب التدخل المبكر دوراً مهماً في منع تشوهات إضافية لدى الأطفال المعرضين لخطر. وقد تخفف برامج التدخل المبكر من آثار عوامل الخطر على الطفل عن طريق تجنيد الدعم من قبل فريق متعدد التخصصات وأفراد العائلة من أجل رعاية الطفل ونموه. هذا ويلعب التدخل المبكر دوراً وقائياً حيوياً يتمثل أساساً بمساعدة الطفل على:

- اكتساب الأنماط السلوكية المقبولة اجتماعياً في المدرسة وغيرها.
- اكتساب مهارات متنوعة للتعايش مع صعوبات الحياة اليومية.
- تطوير مفهوم إيجابي عن ذاته وتنمية الشعور بالقدرة على الإنجاز.
- تطوير اتجاهات إيجابية نحو المدرسة والتعلم.

خدمات صحة الأم (الرعاية الصحية قبل الحمل):

إن برنامج رعاية صحة الأم المناسب يجب أن يبدأ قبل حدوث الحمل بوقت طويل، وحتى قبل البلوغ الفسيولوجي والزواج، فيجب أن تبدأ الرعاية من الطفولة المبكرة مروراً بمرحلة الشباب وحتى البلوغ والزواج وتكوين أسرة. ويهدف ذلك إلى إيجاد الأم السليمة جسدياً وعقلياً واجتماعياً، وتشمل الخدمات ما يلي:

- رقابة النمو والتطور منذ الولادة وحتى الحمل.
- التثقيف الصحي في مجالات الأمومة والطفولة.
- توفير الخدمات الطبية لمواجهة حاجات الأم الصحية.

وأما الهدف الأساس فهو يكمن في كيفية تعليم الفتيات الاعتناء بأنفسهن بشكل أفضل وإعدادهن نفسياً واجتماعياً للمستقبل، واكتشاف ما هو غير طبيعي، وكذلك الاستغلال الأمثل للخدمات الصحية المتوافرة وهذا يعني توفير كل الأنشطة

التي من شأنها تعزيز الصحة وحمايتها من كل ما يؤثر فيها سلباً (منظمة الصحة العالمية، 1986).

الرعاية الصحية للأم الحامل:

تهدف الرعاية الصحية أثناء الحمل إلى وضع الحامل تحت إشراف طبي مباشر ومستمر وبوقت مبكر قدر الإمكان وذلك من أجل:

- رقابة الأم الحامل وحمايتها من أي تطور غير طبيعي.
- رقابة صحة الجنين ونموه وتطوره وحمايته وسلامته لضمان ولادة طبيعية آمنة لكل من الأم والجنين.
- تعليم الأم الحامل العناية بنفسها وصحتها الشخصية.
- تعليم الأم الحامل العناية بمولودها ورعايته وتقديم العناية المثالية له ضمن الإمكانات المتوافرة.
- مد جسور الثقة بين الأم الحامل والعاملين في الخدمات الصحية.
- تحديد زمان ومكان الولادة.

برامج رعاية صحة الطفل:

ينتقل الطفل بعد الولادة من العالم الرحمي الداخلي إلى العالم الخارجي، وتعتبر الساعات الأولى من عمر الطفل وحتى الأيام الأولى مرحلة حيوية بالغة الخطورة على حياته ولهذا يجب أن نتعامل معها بكل حرص ومسؤولية، وأن تعدّ الأم الحامل لهذه اللحظات والساعات مع الأخذ بعين الاعتبار أنها هي نفسها بحاجة إلى مساعدة ورعاية ولذلك يجب توفير البيئة المناسبة لكل من الأم والطفل الوليد. إن بقاء الطفل يعتمد على ما لديه من إمكانات وأسباب للحياة، ومن أجل الكشف على هذه الإمكانات التشريحية والوظيفية لابد من أن يخضع الطفل لفحص تقويمي شامل بعد الولادة مباشرة، أو بأقرب فرصة ممكنة لاكتشاف أي تشوهات خلقية أو ولادية أو إصابات من الممكن أن تكون حدثت أثناء الحمل أو الولادة يمكن أن تؤثر على نموه وتطوره، ويتم الفحص الأول من قبل طبيب ـ اختصاصي أطفال ونسائية ـ وكذلك يجري اختبار أبجار (Apgar) وهو يهدف إلى تقيم الوضع الجسمي للمولود، ويطبق على المواليد مرتين بعد الولادة بدقيقة، ويعاد بعد خمس دقائق، ويستخدم سلم تقدير ثلاثي

(صفر، واحد، اثنان) لتقييم وضع الطفل في خمسة مجالات وهي: نبضات القلب، التنفس، اللون، التوتر العضلي، الاستجابة للإثارة؛ فإذا كانت درجة الطفل على الاختبار (9 ـ 10) فهذا يعني أن الطفل بخير، أما إذا كانت درجته أقل من (4) فالطفل ليس بخير وبحاجة إلى تدخل فوري لإنقاذ حياته.

الطفل بعد الولادة:

الطفل الطبيعي عند الولادة يكون نشيطاً، يتحرك ويبكي ويكون لونه زهرياً وجلده مغطى بطلاء دهني، وبعض الأطفال لا يكونون بهذا الشكل فهناك نظام لقياس درجة تأثر الطفل لمستواه الصحي عند الولادة كما هو بالجدول التالي (3 ـ 1):

الجدول (1/3)

المستوى الصحي للطفل عند الولادة

العلامة	التسجيل (0)	التسجيل (1)	التسجيل (2)
دقات القلب	لا يوجد	بطيئة أقل من 100	أكثر من 100
التنفس	لا يوجد	بطيئة غير منتظمة	جيدة ويبكي بقوة
التوتر العضلي	خفيف	خفيف	جيد ونشط
الانعكاس التهيجي	لا يوجد جواب	بكاء ضعيف وبعض الحركة البسيطة	تجاوب جيد وبكاء شديد
اللون	أزرق، أبيض	الجسم زهري اللون، الأطراف زرقاء	زهري اللون

إذا كان التسجيل أقل من (3) في أول دقيقة من عمر الطفل فإنه يحتاج إلى إنعاش قلبه وتنفسه إما إذا كان التسجيل من (4ـ6) يحتاج إلى خدمات في المستشفى وبالسرعة الممكنة.

ومن الفحوصات الأخرى الواجب إجراؤها للمولود ما يلي: يجب فحص الجهاز العصبي والتناسلي وفحص الأنف والفم ومد أصابع اليدين والقدمين، وفحص عظمة الترقوة فيما إذا كانت مكسورة، وشكل عصب الوجه.

طرق الوقاية من الإعاقة:

إن الاهتمام ببرنامج التدخل المبكر في الوقت الحاضر يعكس الإدراك المتزايد لأهمية مرحلة الطفولة المبكرة، وللتدخل المبكر وظائف وقائية مهمة، وهو ذو جدوى اقتصادية، وإن فوائده طويلة الأجل بالنسبة للطفل والأسرة المجتمع.

وكذلك فإن الاهتمام المتزايد بتصميم برامج التدخل المبكر وتنفيذها ينجم عنه اهتمام مماثل بالكشف المبكر عن حالات الإعاقة والتأخر في النمو، فهنالك علاقة منطقية بين الكشف المبكر والتدخل المبكر، وهنا السؤال الذي يطرح نفسه كيف نقدم خدمات التدخل المبكر دونما إجراء الكشف عن الأطفال ذوي الحاجات الخاصة؟ وعلى صعيد آخر نسأل ما هي الفائدة التي ننتظرها ونرجوها من الكشف إذا لم تكن هنالك برامج تدخل مبكر؟

وكذلك الأمر فهنالك ارتباط وثيق بين الكشف المبكر والوقاية من الإعاقة؛ إذ إن الكشف المبكر يتطلب حملات توعية واسعة من أجل تشجيع المجتمع على التعرف على الأطفال المرشحين لبرامج التدخل المبكر، والكشف المبكر يسعى إلى فرز الأطفال المعوقين، وبهدف الوصول إلى الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة، على اعتبار أن التدخل المبكر الموجه نحوهم قد يحول دون تفهم مشكلاتهم وبالتالي الوقاية من حدوث الإعاقة لديهم (الخطيب والحديدي، **1998**).

سوف تتضح صورة الوقاية من الإعاقة بشكل أفضل إذا عرضناها في ضوء مستويات الإعاقة الثلاثة، وهي:

أ. الوقاية الأولية:

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث ضعف في الحواس المختلفة كضعف البصر والسمع، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل (الكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزيسي، إجراء الاختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض معدية أو مزمنة، الحصول على المطاعيم اللازمة).

2. تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسي منها أو البكتيري (الحصبة الألمانية، النكاف، التهاب السحايا...).
3. امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية أثناء الحمل دون استشارت الطبيب.
4. مراجعة الأم للأطباء بشكل دوري والحصول على رعاية صحية منتظمة.
5. الإرشاد الصحي.
6. إزالة المخاطر البيئية.
7. توعية الجماهير.

ب. الوقاية الثانوية:

وهي جملة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. الكشف المبكر عن ضعف البصر أو ضعف السمع عند الأطفال.
2. توفير المعينات البصرية والسمعية عند الحاجة.
3. تقديم خدمات التدخل المبكر.
4. المعالجة الطبية والجراحية المناسبة عند اللزوم.

ج. الوقاية الثالثة:

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة إعاقة، وذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد والحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. تقديم خدمات التربية الخاصة والتأهيل.
2. تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع.
3. تقديم خدمات الإرشاد والتدريب الأسري.
4. توفير فرص الدمج الاجتماعي (الخطيب، 2005. عبيد، 2000).

برامج التدخل المبكر Early Intervention Programs:

عرف هانسون وايليس وديبي (Hanson,Ellis & Deppe,1989) التدخل المبكر على أنه: "مجموعة شاملة من الخدمات التي يتم توفيرها للأطفال منذ الولادة وحتى سن الثالثة ولعائلاتهم". والعنصر الأساسي لهذا التدخل هو المعلم (والذي يطلق عليه عادة أخصائي التدخل المبكر)، والذي يعمل بالتعاون مع الأخصائيين الآخرين والعائلة أو الطفل لتوفير المعلومات والدعم والأنشطة والاستراتيجيات المصممة لتخفيف آثار حالة الخطر أو الإعاقة على نمو الطفل.

ويصف هانسون (Hanson,1996) الخصائص المحددة للتدخل المبكر:

- تكون الخدمات مخصصة للفرد، استناداً على الحاجات المتنوعة للأطفال وعائلاتهم، وتعتبر خطة الخدمات العائلية المخصصة للفرد (IFSP) الوثيقة التي تقدم مخططاً لهذه الخدمات.
- تقدم الخدمات في مواقع متعددة، إما في بيت الطفل، أو في مركز، أو في أوضاع تجمع ما بين المنزل والمركز.
- يجب أن تكون الخدمات متعددة المواضيع ويجب أن يكون هناك تنسيق بين هذه المواضيع اعتماداً على حاجات الطفل وعائلته، قد تمثل المواضيع: تربية، طباً، تمريضاً، تغذية وعلم تغذية، وعملاً اجتماعياً، نطقاً، لغة، أخصائي سمع، علاجاً وظيفياً، علاجاً فيزيائياً وعلم النفس.
- بما أنه لا يوجد مؤسسة واحدة يمكن أن توفر هذه الخدمات، من الضروري وجود تعاون وتنسيق بين المؤسسات المختلفة ذات العلاقة.
- يجب أن تتوافر سلسلة من الخدمات بدءاً من الخدمات الشاملة والمكثفة وانتهاءً بتلك التي قد تكون قصيرة الأمد ومحدودة.
- يجب أن تكون الخدمات المقدمة قريبة من خدمات المجتمع المتوافرة للأطفال الصغار والتي يطلق عليها "البيئة الطبيعية".

أولاً: نماذج من برامج التدخل المبكر

Models for Early Intervention Programs

يمكن توفير التدخل المبكر في منزل العائلة، أو في أي مركز تدخل مبكر، أو في المجتمع. يتم تقديم خدمات التدخل المبكر عادة من خلال: إما برنامج مرتكز

على البيت والذي يقدم فيه أخصائي التدخل المبكر خدمات للعائلات في منزلها، أو برامج مرتكز على المركز وفيه تحضر العائلة الطفل إلى مركز تدخل مبكر أو برنامج آخر للأطفال ضمن مركز الرعاية. وغالباً ما يتم توفير الخدمات للرضع والمرضى في البيت، وعندما يتقدم الأطفال في السن ويصبحون أقوى، يكون هناك احتمال أكبر لأن ينضموا إلى برنامج في المجتمع.

ثانياً: خصائص برامج التدخل المبكر الفعالة

بيّن كوك وتيسير وكلين (Cook,Tessier, & klein, 2000) العناصر الواردة في نصوص التدخل المبكر التربوية والتي ترتبط ببرامج التدخل المبكر الفعّالة، ومن بينها:

- أن يكون البرنامج ذا فلسفة واضحة ويوجد فيه بنود توضح التزام القائمين عليه.
- أن يحتوي البرنامج على نظام ثابت يرفع من مستوى اشتراك العائلة ومساندتها مع التركيز على التفاعل ما بين الطفل ومقدم الرعاية.
- أن يتألف البرنامج من فريق تخطيط متعاون.
- أن تكون المهارات الوظيفية الموجودة بالبرنامج وفق المتاح في بيئة الطفل، من أجل تمكين الطفل من التكيف مع إعاقته.
- أن يكون البرنامج مرناً بحيث يضمن إجراء أي تعديل في أساليب التدخل لتقرير أي الأساليب الأكثر فعالية لتحقيق الأهداف والنواتج التي تركز على الطفل والعائلة.
- توظيف أفضل الممارسات التي يتم تقريرها من خلال الممارسات والأبحاث والتطبيقات في هذا الميدان.
- تركيز قوي على التطور اللغوي والمهارات الاجتماعية.
- نظام مصمم بشكل جيد لتدريب وتطوير الهيئة والآباء.

أفضل الممارسات في تربية وتعليم الأطفال:

Best Practices IN Early Childhood Education

يجب أن تبنى أفضل الممارسات لميدان التربية الخاصة للطفولة المبكرة على تلك المبادئ الراسخة للممارسات التي تعتبر الأفضل لجميع الأطفال الصغار. وقد ذكر كل

من ساندال وماك لين وسميث (Sandall, Mclean &Smith,2000) جانبين لتوجيه تطوير هذه الممارسات:

1. يجب أن تلبي التربية والتعليم المبكرتان الحاجات الفردية النمائية لكل طفل.
2. أفضل وسيلة يمكن من خلالها القيام بذلك للطفل هي اللعب.

أما فيما يتعلق بالمنهاج فيجب التركيز على: التفاعل ما بين الطفل والبالغين، مشاركة العائلة، والتقويم. وتعتبر هذه النقاط أساسية لبرامج التدخل المبكر عالية الجودة.

> مجال التربية الخاصة للطفولة المبكرة مبني على أفضل الممارسات في مجالي الطفولة المبكرة والتربية الخاصة .

أ. المنهاج Curriculum:

- يتم تضمين الأهداف التربوية في جميع الأنشطة اليومية، ولا يتم تعليم الأهداف في معزل بل يتم دمجها في أنشطة وأحداث ذات معنى.
- يرتكز تخطيط المنهاج والتدخل على ملاحظات المعلم المعينة لكل طفل في بيئات طبيعية.
- يعتبر التعلم عملية تفاعلية، فتفاعلات الطفل مع البالغين والأقران والبيئة المحيطة كلها ذات أهمية.
- يجب أن تكون أنشطة ومواد التعلم مادية وذات علاقة بحياة الأطفال، وعلى المعلمين أن يستفيدوا من الأنشطة والأشياء المأخوذة من الحياة الواقعية (مثل القيام برحلة لمحطة إطفاء، وليس مجرد القراءة عن سيارات الإطفاء).
- يجب أن تكون البرامج قادرة على تلبية مدى واسع من الميول والقدرات، ويتوقع أن يقوم المعلمون بجعل البرامج التعليمية مخصصة للأفراد.
- على المعلمين الانتقال من الأسهل إلى الأصعب تدريجياً.
- على المعلمين أن يكونوا قادرين على تسهيل انشغال كل طفل عن طريق تقديم الخيارات والاقتراحات وطرح الأسئلة ووصف الأحداث بأساليب ذات معنى ومثيرة لاهتمام الطفل.

- يجب أن نعطي بعض الأطفال الفرصة للمبادرة الذاتية والتوجيه الذاتي والممارسات المتكررة.
- على المعلمين أن يتقبلوا ويقدروا الفروق الثقافية بين الأطفال والعائلات وتجنب النمطية العرقية والجنسية.
- على البرامج أن توفر توازناً ما بين الراحة والنشاط، كما يجب أن تتضمن أنشطة خارجية يومية.
- يجب أن يتم التخطيط للأنشطة الخارجية لا أن تكون مجرد فرصة لتحرير طاقة مكبوتة.
- يجب أن تخلق البرامج انتقالاً حذراً من نشاط إلى النشاط الذي يليه، ويجب أن لا يتم استعجال الأطفال، كما يجب أن تكون البرامج مرنة بشكل يمكن من الاستفادة من الخبرات المرتجلة.

ب. التفاعل بين الطفل والبالغ Adult-Child Interaction:

- على البالغين أن يستجيبوا بسرعة وبشكل مباشر لحاجات الأطفال ومحاولاتهم للتواصل وعندما يكون ذلك ممكناً، وعلى البالغين أن يكونوا في نفس مستوى بصر الأطفال.
- يجب تزويد الأطفال بتشكيلة من الفرص للتواصل، ومن الأفضل تسهيل التفاعل على أساس مجموعات مؤلفة من طفلين إلى ثلاثة أطفال.
- يكون التعليم على مستوى المجموعات الكبيرة أقل فعالية في تسهيل الاتصال.
- على الأخصائيين أن يكونوا منتبهين لعلامات الإجهاد، وأن يوفروا مساعدة حساسة ومناسبة للطفل.
- على البالغين تسهيل تطوير التقدير الذاتي عن طريق التعبير عن الاحترام التقبل والراحة بغض النظر عن سلوك الطفل.
- على البالغين أن يستخدموا أساليب ضبط تثري تطور التحكم بالذات، وهي تشمل: وضع حدود واضحة وثابتة، إعادة توجيه السلوك غير المناسب، تقييم الأخطاء، الاستماع لمخاوف الأطفال وإحباطاتهم، مساعدة الأطفال في حل

الصراعات، وتذكير الأطفال بالقوانين كلما احتاجوا لذلك بكل صبر وأناة.

- على البالغين أن يكونوا مسؤولين عن جميع الأطفال في جميع الأوقات ويجب حل القضايا المتعلقة بالصحة والأمان بشكل دائم.
- على البالغين أن يخططوا لزيادة استقلالية الطفل بشكل تدريجي.

ج. مشاركة العائلة Family Participation:

- للوالدين الحق والمسؤولية للمشاركة في القرار فيما يتعلق برعاية أطفالهم وتعليمهم، .وعلى الأخصائيين المحافظة على اتصال متكرر، كما يجب تشجيع الآباء على المشاركة.
- على الأخصائيين المشاركة بالمعلومات والمصادر مع الوالدين بشكل منتظم بما فيها المعلومات المتعلقة بمراحل نمو الطفل. كما عليهم أيضاً أن يحصلوا على وجهات نظر الوالدين المتعلقة بسلوك الأطفال الفردي وتطورهم واحترامهم وجهة النظر هذه.

د. التقويم Evaluation:

- يجب أن لا يعتمد تقييم الأطفال على أداة واحدة.
- يجب أن يتعرف التقويم على الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة وأن يوفر معلومات تقود إلى تعديلات تربوية ذات معنى.
- يجب أن يكون التقويم مناسباً ثقافياً.

فيما اقترح ماك دونيل وهاردمان (Mc Donnell &Hardman, 1988) بعض التوصيات لأفضل الممارسات في تربية وتعليم الأطفال، وهي كما يلي:

- يجب توفير الخدمات للأطفال من ذوي الإعاقات المدمجين ضمن المجتمع المحلي.
- يجب استخدام نموذج تقديم الخدمات ذي المواضيع المتعددة، كما يجب التقليل من المعالجات المعزولة.
- يجب تجنب المغالاة في استخدام أساليب التعزيز وأساليب الضبط.
- يجب أن يركز التدريب على الأداء وليس على شكل الاستجابة.

- يجب أن يشمل تخطيط البرامج إثراء مخططاً لتطور مهارة الطفل ضمن الروتين العائلي اليومي.
- يجب تطوير المنهاج حسب قدرات الطفل بالإضافة إلى مراعاة قدرات العائلة والأقران والمجتمع.
- يجب إنجاز تقويم البرامج وقياس الطفل باستخدام أنواع متعددة من المقاييس.
- يجب التخطيط للانتقال من وضع تعليمي لما يليه بعناية.

التعرف على الأطفال المعرضين للخطر وتشخيصهم:

Identification and Assessment of Infants at Risk

بما أن معظم الولايات قامت بتطوير برامج تدخل مبكر للأطفال والرضع والأطفال الصغار حسب قانون (IDEA)، فيجب تصميم معايير للتعرف على الأطفال الذين يستحقون هذه الخدمات. من الواضح أن الأطفال الذين يعانون من إعاقات يمكن التعرف عليهم لهم الأحقية، كذلك الأطفال الذين يتم وصفهم على أنهم متأخرون نمائياً، .ولكن مجموعات الأطفال الذين تم تصنيفهم على أنهم "في خطر" بيولوجيا وبيئياً هم الذين شكلوا أكثر المشكلات المهمة للجان الحكومية التي تعمل على معايير الأحقية.

أساليب التعرف والقياس Techniques for Identification and Assessment:

إن الحصول على معلومات حول حالة الطفل الخطيرة تكون من عدة مصادر:

- سجلات المستشفى.
- السجلات الصحية.
- مقابلات الوالدين.
- مشاهدة الطفل.
- الفحص الصحي والنمائي.
- القياس والتشخيص.
- الفحص السريري.

ويعتبر الفحص من الإجراءات السريعة والفعّالة التي يمكن من خلالها تقييم أعداد كبيرة من الأطفال لتقرير فيما إذا كانوا بحاجة إلى قياس أكثر عمقاً.

ويمكن من خلال فحص نمو الأطفال وسمعهم وبصرهم وصحتهم بشكل عام التعرف على الأطفال الذين لديهم احتمال أكبر لتأخر النمو. ويعتبر القياس التشخيصي نظرة أكثر عمقاً على نمو الطفل، وهو يوفر صورة محددة أكثر، فيما إذا كان الطفل له حاجات خاصة. وفي القياس التشخيصي، تستخدم أدوات القياس الرسمي من قبل فريق متعدد التخصصات، مع إشراك الأهل.

تتطلب أفضل الممارسات في القياس والتشخيص استخدام أنماط متعددة من البيانات من مصادر متعددة وخاصة العائلة وذلك لاتخاذ قرار جيد.

وركز ميسلز وبروفنس (Meisels & Provence,1989) على ضرورة عدم استخدام مصدر واحد من المعلومات فقط لاتخاذ أي قرار يتعلق بأحقية الطفل في الحصول على خدمات التربية الخاصة والتدخل المبكر، وعبروا عن ذلك بما يلي:

يجب أن لا يحاول الفرد أن يفحص أو يقيس الأطفال دون المشاركة الفعّالة لأولئك الذين تتوافر لديهم خبرة عنه كوالديه، فجميع الآباء يعرفون الكثير عن أطفالهم، وتتمثل مهمة أولئك الذين يجرون الفحص والقياس تمكين الآباء من نقل هذه المعلومات بشكل فعال.

المشكلات التي تواجه التنبؤ بالإعاقات من خلال عوامل الخطر:

The Problems of Predicting Disabilities from Risk Factors

على الرغم من توافر عدد كبير من الدراسات التي تتعرف بشكل بيولوجي على الأطفال المعرضين لخطر وتتبع تطورهم عبر الزمن، إلا أن الباحثين وجدوا أن قدرتهم على التنبؤ بأي الأطفال سوف يطورون إعاقة ضعيفة نسبياً. ويستثنى من هذه القاعدة الأطفال الذين يعانون من إعاقات شديدة والتي غالباً ما يكون سببها خللاً شاملاً للجهاز العصبي المركزي، ولكنهم يشكلون فئة صغيرة جداً. ولحسن الحظ، فإن العديد من المضاعفات المبكرة لحالة الخطر البيولوجي تكون مؤقتة، وهذا يعني أنها تختفي مع مرور الوقت، ويمكن للعديد من الرضع أن يشفوا من إصابات الولادة المبكرة والمضاعفات الطبية المبكرة، فالأطفال الذين يتلقون رعاية ثابتة لديهم فرصة أفضل للشفاء من آثار عوامل الخطر.

ولكن كما وجد كوهين وبارمالي (Cohen & Parmalee,1983) في دراستهم أن قدرة الطفل على الشفاء من هذه الخبرات المبكرة تعمل من خلال خصائص الرعاية في البيئة. على سبيل المثال، بالنسبة لمعظم الخدج الذين تحسن أداؤهم التطوري بشكل أكبر تلقوا رعاية مبكرة وتحسن أداؤهم على اختبارات الذكاء بعكس الأطفال الذين لم يتلقوا هذه الرعاية، وهذا يؤيد ضرورة التركيز على التدخل المبكر للأطفال الرضع المعرضين للخطر.

الطفل المرن Resillient child:

يتنوع أثر عوامل الخطر بشكل كبير لدى أطفال أو عائلات أو بيئات مختلفة. فعلى سبيل المثال، هناك العديد من الأطفال الصغار الأصحاء ممن ولدوا بوزن ناقص جداً تسير أمورهم بشكل جيد في المدرسة، كما أن هناك أطفالاً آخرين ولدوا بوزن ناقص ويصارعون من أجل التغلب على إعاقات تتراوح ما بين إعاقات سمعية متوسطة إلى تخلف عقلي شديد.

لقد نما العديد من الأطفال في بيئة فقيرة، ومع ذلك، تكون حياتهم عندما يكبرون منتجة، بينما يعاني آخرون من مشكلات مدرسية تقود إلى التسرب من المدرسة أو إلى الانضمام إلى برامج التربية الخاصة. ومن ناحية أخرى، فإن هناك عدداً لا بأس به من الأطفال الذين ولدوا وهم يعانون شذوذاً شديداً في عدد الكرموسومات وينمون دون أن يصابوا بتأخر في النمو.

لقد تم التعرف على عدد كبير من عوامل الخطر البيولوجي والبيئي التي تزيد من احتمال حدوث نتائج سيئة لدى الأطفال، ولا يوجد هناك عامل خطر واحد يتنبأ بشكل كاف أو يفسر ما سوف يحدث للطفل، ولكن تزداد دقة التنبؤات مع عدد عوامل الخطر التي يتعرض لها الطفل.

إن الأطفال الأكثر ضعفاً هم أولئك الذين يتعرضون لعوامل خطر بيئية وبيولوجية معاً. وفي الحقيقة، فإن معظم الأطفال الذين يتعرضون لسلسلة من عوامل الخطر البيولوجي (باستثناء تلك التي تدمر الجهاز العصبي المركزي) ولكنهم ينمون في بيئة مستقرة ومساندة ينمون بشكل جيد.

كما أن هناك أيضاً بعض الأطفال المتميزين، الذين يتغلبون على الصعاب ويصبحون أصحاء، ومنتجين على الرغم من أنهم يواجهون العديد من الأحداث

البيولوجية والبيئية العكسية . لقد أطلقت ويرنر وسميث (Werner & Smith,1982) عليهم تعبير "ضعفاء ولكن منيعون". ما الذي يتميز به هؤلاء الأطفال مما يحميهم من الفشل الدراسي والإجهاد الانفعالي والأبوة المبكرة والسلوك الإجرامي وغيرها من الأمور التي يعاني منها أطفال آخرون من نفس الخلفيات الاجتماعية؟

للعثور على هذه العوامل الوقائية؛ ننظر أولاً إلى داخل الطفل، لقد تعرفت ويرنر (Werner,1986) على الخصائص التي يشترك بها الأطفال المرنون أو أولئك الذين يقاومون الإجهاد في العديد من الدراسات.

فلديهم أسلوب فعال ومثير تجاه حل مهامهم النمائية مما يمكنهم من التعامل بنجاح مع مجموعة كبيرة من الخبرات الخطيرة انفعالياً، وهم يمتلكون هذه المزايا:

1. القدرة، منذ الطفولة وصاعدا، على كسب انتباه الآخرين الإيجابي والحصول على "والدين بديلين " عندما يكون ذلك ضرورياً.
2. ميل لإدراك وتفسير خبراتهم بشكل بناء، حتى لو سببت لهم هذه الخبرات الألم والمعاناة.
3. "حس قوي بالتماسك" واعتقاد بأن حياتهم لها معنى.

وقامت ويرنر (Werner,1999) بوصف أكثر أفراد العينة مرونة في دراستها الطولية حول أطفال كواي (Kauai)؛ لقد عاش واحد من كل ثلاثة منهم في ظروف فقيرة جداً، وعانوا من إجهادات أثناء الولادة، أو كانوا يعانون من عيوب ولادية، ولم تتلق الأمهات اللواتي قمن بتربيتهم تعليماً رسمياً، كما عاشوا لدى عائلات غير مستقرة جداً (متنازعة) أو تعاني من مرض عقلي أبوي. ولكن هناك طفلاً من كل أربعة من هؤلاء الأطفال، ينجون من الآثار السيئة لمثل تلك الأخطار المتعددة وينمون ليصبحوا كباراً مستقرين، ناضجين وكفؤين، يعملون بشكل جيد، يلعبون بشكل جيد، يحبون ويتوقعون بشكل جيد أيضاً.

وهناك عوامل شخصية مصلحة في داخل هؤلاء الأطفال وعوامل وقائية ضمن بيئتهم الراعية لهم، كما يوجد بينهم رابطة قوية مع دعم انفعالي ورعاية أساسية يوفرها لهم أفراد العائلة الآخرون (مثل الأشقاء أو الأجداد) خلال طفولتهم المبكرة والمتوسطة.

ويقترح دنست (Dunst,1993) أن غياب عوامل الخطر لا يساعد على التنبؤ بالأطفال الذين سينمون بشكل جيد؛ فهناك أيضاً "عوامل الفرصة" التي يمكن أن

تحدث ضمن نطاق العائلة والمجتمع والتي يمكن أن تثري وتقوي تطور الطفل. وبالنسبة لـ "دننست"، توضح الأبحاث بأن نواتج النمو الإيجابية تتأثر بقوة عوامل من قبل مستوى التعليم العالي للأبوين، والتفاعل الدافئ بين الراعي والطفل، وعائلة ممتدة ومساندة، ويزيد تأثير هذه العوامل الفرصة عندما تكون عدة عوامل موجودة.

إن حقيقة أن هناك أطفالاً يمكن أن يتعرضوا للعديد من الأحداث البيولوجية والبيئية المجهدة ويخرجوا منها أصحاء وكفؤين تزودنا بالأمل والتشجيع. وعلينا أن نستخدم نتائج هذا البحث لدعم الأطفال الآخرين المعرضين للخطر وعائلاتهم، وذلك لكي يتمكنوا هم أيضاً من تطوير خصائص شخصية وقائية على الرغم من وجودهم في بيئة مجهدة.

الفصل الرابع
التدخل المبكر

- تمهيد .
- تعريف التدخل المبكر .
- أهمية التدخل المبكر .
- مبررات التدخل المبكر .
- مراحل تطور برامج التدخل المبكر .
- نظريات التدخل المبكر .
- الأسباب التي تؤدي لتأخر تقديم الخدمات للأطفال المعاقين .
- الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر .
- تفريد برامج التدخل المبكر .
- مراحل عملية التدخل المبكر .
- إستراتيجيات التدخل المبكر .
- بعض النماذج للتدخل المبكر .
- الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر .
- أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر .
- فريق العمل في برامج التدخل المبكر .
- صفات فريق التدخل المبكر .
- الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر .
- وظائف فرق التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة .
- الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر .

الفصل الرابع

التدخل المبكر

تمهيد:

يلعب التدخل المبكر دوراً حيوياً وبارزاً في منع أو الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقات، ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس واجب الكشف عن الإعاقة لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة للطفل مستقبلاً.

تعريف التدخل المبكر:

إن التدخل Intervention يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكانياته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمحيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته (عبد الحميد، 1999).

والتدخل المبكر: "هو ما يطلق على كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والفترة التي يصل فيها الطفل لسن المدرسة، وهذا يتضمن العملية كلها ابتداءً من إمكانية التعرف المبكر والتتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد" (www.Islamoline.com 2001).

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه: "اتساق الجهود النظامية المدعمة لإعانة الأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى سن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم" (Samuel A.Kirk, et al, 1993).

ويمكن القول إن التدخل المبكر هو "تلك الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي تنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شدتها أو زيادة فاعلية هذه الجهود أو الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت أسبق بدرجة كافية عن الوقت الذي اعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة" (الشناوي، 1997) .

ويشير تعريف آخر إلى أن التدخل المبكر "هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة، ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي".

يؤكد تعريف آخر على أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر التخلف أو الإعاقة قبل وأثناء وبعد الولادة وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولى (شقير، 2000).

ومما سبق يعرف المؤلفان التدخل المبكر: على أنه الإجراءات والبرامج التي تقدم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة، ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتتبعها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة والاستراتيجيات التي تنتهجها الدول.

أهمية التدخل المبكر:

أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة، وقد أصبح وقت التدخل مهماً عندما يتعرض الطفل إلى خطر فقد فرصة التعلم خلال مرحلة الإعداد القصوى، فإذا لم تغتنم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة على التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

ويمر الطفل المعاق بنفس مراحل النمو الارتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المعاق يحتاج إلى مجهود أكثر وفترة أطول للتدريب على اكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي ويجب أن نشير إلى أن تدريب الطفل المعاق على هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على اكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له (محمد، 1999).

وللتدخل المبكر تأثير مهم على الوالدين والإخوة وكذلك الطفل المعوق؛ فالأسرة التي لديها طفل معوق دائماً ما تشعر بالإحباط والعزلة عن المجتمع ويزيد توترها ويأسها وإحساسها بالعجز، فالضغط الناتج عن وجود طفل معوق يؤثر على مدى مساعدة الأسرة له ويؤثر على تقدم ونمو الطفل، والتدخل المبكر ينتج ويسبب تحسين معاملة الوالدين تجاه أنفسهم وأطفالهم مما يكسبهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلى قضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل.

وترجع أهمية التدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية، كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة (Samuel A.kirk et. al. 1993).

والمجتمع هو المستفيد فالطفل الذي ينمو ويتعلم يكتسب القدرة على الاعتماد على النفس ويقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اجتماعية واقتصادية (www.Kidsource.com 2000).

وبيّن هيوارد وأورلانسكي أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي، حيث وجد تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي واللغوي والحركي كما أن له تأثيراً كبيراً على المدى البعيد (مرسي، 1996).

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال، فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر (Hayden& Pious, 1997).

فمن متابعة الأطفال الذين حصلوا على الرعاية المبكرة وجد أن معظمهم كانوا تلاميذ عاديين في المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية ولم يلتحق منهم بالتربية الخاصة إلا نسبة قليلة، أما الأطفال الذين لم يجدوا الرعاية المناسبة فقد ازدادت حالات بعضهم سوءاً في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة وارتفعت بينهم نسبة التخلف العقلي وبطء التعليم والانحرافات السلوكية.

يضاف إلى هذا ما أشارت إليه دراسات أخرى من أن التدخل المبكر يسهم في تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقلياً (مرسي، 1996).

فالجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر والتي تؤدي إلى إمكانية دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين بنجاح (Hayden, 1997;Guralnick, 1990).

مبررات التدخل المبكر:

فيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

1. نظراً لظروف الإعاقة وحالات الأطفال المعرضين للخطر وفي ظل عدم توافر برامج الرعاية المبكرة فإنه يمكن أن تؤثر الإعاقة بطريقة سلبية على تعلم الطفل وتنمية قدراته.
2. تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجة خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة، وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعليم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسة لجميع مهارات النمو اللاحقة (Haward, 1992).
3. أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في تشكيل عملية التعلم خاصة أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً حاسماً، لذلك فإن تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.
4. يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بنائه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة، فالمدرسة ليست بديلاً للأسرة فالآباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة.
5. تؤكد الدلائل على الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكراً، وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة فالتدخل المبكر يسهم في تجنيب الوالدين وطفلهما ذي الحاجة الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.
6. إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل ذي الحاجة الخاصة دون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.

7. تتداخل مظاهر النمو حتى يمكن القول إن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر (Fewell& Rebecca. 1996;Lee, 1993).

ويذكر (الخطيب والحديدي، 2004) أن مبررات التدخل المبكر تتمثل في النقاط التالية:

1. إن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهور نمائي أيضاً.
2. إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمريه أخرى.
3. إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءة.
4. إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر، فهو يعني احتمال معاناة المشكلات المختلفة طوال الحياة.
5. إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.
6. إن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية، حيث إنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
7. إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وإن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.
8. إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
9. إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق دون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
10. إن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

التدخل المبكر يسهم في تجنيد الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.

وذكر كل من (Haydan & Pious,1997) أن هناك العديد من المبررات للتدخّل المبكر، منها:

1. أن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.
2. أن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
3. أن هناك جدوى اقتصادية للتدخّل المبكر أكثر من التدخّل المتأخر.
4. أن معظم مراحل النمو الحرجة تحدث في السنوات الأولى من العمر.
5. أن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.
6. أن النمو ليس نتاج الوراثة فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً وفعالاً أيضاً مما يزيد أهمية التدخل المبكر.
7. أن للتدخل المبكر أثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها.

مراحل تطور برامج التدخل المبكر:

تطورت برامج التدخل المبكر عبر ثلاث مراحل رئيسة، وهي:

1. المرحلة الأولى: كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع المعوقين بالخدمات العلاجية وبالنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.
2. المرحلة الثانية: أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين أو كمعلمين لأطفالهم المعوقين.
3. المرحلة الثالثة: أصبح جلّ الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثراً على نمو الطفل، فقد أصبح دعم الأسرة وتدريبها وإرشادها الهدف الأكثر أهمية.

نظريات التدخل المبكر:

من أهم النظريات التي يعتمدها التدخل المبكر كأساس له في التطبيق ما يلي:

أ. الاتجاه السلوكي الإجرائي:

ويفترض هذا الاتجاه أن معظم السلوك الإنساني متعلم (مكتسب) ويعتمد مبدأ المثير ـ الاستجابة، وهو ينادي بأسلوب تحليل المهمة في التعلم واكتساب المهارات مع ضرورة وجود التعزيز المناسب للاستجابات المرغوبة.

أما محتوى المنهاج بناء على ذلك فهو يتبع المنطق العلاجي أو الوظيفي في اختيار المهمة التي يتم تعلمها. ولهذه المهمات محكات أساسية يتم بناء عليها الاختبار، وهي:

أ. أن تكون المهمة مناسبة لعمر الطفل.

ب. أن تكون المهمة ذات معنى ولها فائدة مباشرة في حياة الطفل.

وطرق التدريس الأساسية المستخدمة تعتمد التدريس المباشر من خلال: النمذجة، والتلقين، والتشكيل، والتسلسل، والتعزيز وهو تدريس فردي يهتم بالتقييم الأولي وخلال التقديم والتقييم النهائي، ومن مميزات هذا الاتجاه الاهتمام بكيفية بناء البرنامج والتخطيط والتنظيم الدقيق لكل الجوانب وهو شائع الاستخدام.

ب. الاتجاه النمائي:

يذهب الاتجاه النمائي إلى أن الطفل سوف يتفتح ويتعلم عندما يكون مستعداً نمائياً للتعلم، بمعنى أنه سيتعلم بشكل تلقائي المهارات النمائية والتكيفية اللازمة في البيئة جيدة التنظيم، وأن هذا التعلم يحدث من خلال مراحل متتابعة لكل مظهر من مظاهر النمو. اعتمدت البرامج الأولى في التدخل المبكر على هذا الاتجاه، حيث كان هدفها مساعدة الأطفال الصغار من ذوي الإعاقة على النمو من خلال المراحل العادية المعروفة للنمو، وقد استعادت تلك البرامج من البرامج الإثرائية التي ظهرت في الستينيات لتقديم خدمات خاصة للأطفال الذين يعيشون في ظروف أسرية محرومة. يتكون محتوى المنهج في برنامج التدخل المبكر من المهارات المختلفة التي تمثل مظاهر النمو التي يحتاج الطفل إلى اكتسابها، ويتم تحديد تلك المهارات وفقاً لمرحلة نمو الطفل والمهارات الخاصة بها، ويتسلسل محتوى المنهج وفقاً لمراحل تتابع. ودور أخصائي التدخل هنا سلبي، فعليه العمل على توفير المواد والأنشطة المناسبة نمائياً للطفل، الذي عليه بدوره اختيار ما يريد المشاركة فيه. واستراتيجيات التدريس بالتالي تحاول أن تتمثل أنواع الأنشطة التي يقوم بها الأطفال غير المعاقين، والمبدأ النظري هنا أن هذه الأنشطة توفر الفرصة للطفل المعاق لممارسة أهداف النمو المهمة

في كل مرحلة. تطور عن هذا الاتجاه النموذج النمائي المعرفي في التدخل المبكر، والذي اعتمد على نظرية بياجيه في النمو المعرفي. محتوى المنهج يتشابه مع محتوى المنهج النمائي، ولكن مع التركيز على المهارات المعرفية، والاعتماد على تتابع المهارات التي وصفها بياجيه في المرحلة الحسية الحركية ومرحلة ما قبل العمليات. وطرق التدريس المستخدمة في النموذج النمائي المعرفي تعتمد أيضاً على نظرية بياجيه، حيث يقوم أخصائي التدخل المبكر بعرض المهام التي تستثير تحدي الطفل بهدف خلق حالة من عدم الاتزان لديه، ويحدث التنظيم والتكيف أثناء محاولة الطفل مواجهة التحدي، ومن ثم يتحقق التوازن ويحدث التعلم ويمارس الأخصائي دوراً نشطاً في تشجيع الطفل لتجربة أشياء وأنشطة جديدة وسؤاله عن خبراته التي يمر بها، ولكن الأخصائي لا يتدخل لمنع فشل الطفل.

ج. الاتجاه النمائي المعرفي:

وهو اتجاه تطور عن اتجاه النمائي واعتمد نظرية بياجيه في النمو المعرفي كما ذكر سابقاً، أما بالنسبة لمحتوى المنهاج فيتركز على المهارات المعرفية بناء على نموذج بياجيه في النمو وتتابع تلك المراحل، وتعتمد طرق التدريس المستخدمة على نظرية بياجيه وتكون من خلال إيجاد حالة من عدم الاتزان لدى الطفل، ويحاول الطفل إيجاد التوازن والتنظيم والتكيف أثناء محاولته لحل المشكلة المعرض لها، وبالتالي يتحقق التعلم، ويكون دور الأخصائي هو التنشيط من خلال تشجيع الطفل للقيام بتجربة أنشطة جديدة ولا يتدخل في منع الفشل الذي قد يواجه الطفل.

د. الاتجاه البيئي:

وينطلق من مبدأ أن الطفل يسلك وفقاً للبيئة ويتعلم بشكل أفضل عن طريق خبراته المباشرة وتفاعله مع البيئة. أما بالنسبة لمحتوى المنهاج فيتم تحديده على أساس فردي لكل طفل بحيث يعكس مطالب وحاجات البيئة لمن هم في عمره، ولابد من تعديل مستوى المنهاج ليتناسب مع قدرات واحتياجات الفرد. وبالنسبة للأنشطة المتاحة فلا بد أن تكسبه الخبرة المباشرة والمشاركة الفعالة وأن تناسب الكفاية المعرفية له وأن تساعده على التعليم عن طريق الاستكشاف، ويعتمد هذا الاتجاه على طريقة التدريس العارض وبيئة التدريس هي البيئة الطبيعية للطفل حيث إنها هي المصدر (يحيى، 2008).

هـ. الاتجاه القائم على الأنشطة:

يعتبر الاتجاه القائم على الأنشطة هو الاتجاه الذي يحظى حالياً بأقصى قدر من الاهتمام في ميدان التدخل المبكر. وقد قدمه بريكر Bricker لأول مرة عام (1989)، وسرعان ما لفت الأنظار وانتشر استخدامه في العديد من البرامج (Hanson & Lynch,1995). هذا وتعتمد الجذور النظرية لهذا الاتجاه على أفكار أربعة من أصحاب النظريات المعروفة، وهم: سكنر وبياجيه وفيجو تسكن وجون ديوي. والاتجاه القائم على الأنشطة يقوم على ثلاث أفكار رئيسة، هي:

1. تأثير وتفاعل كل من السياق الاجتماعي المباشر والعام على تعلم الطفل ونموه.
2. الحاجة إلى مشاركة فعالة من الطفل لضمان تحقيق تعلم جيد وكفء.
3. الأنشطة والخبرات المقدمة للطفل يجب أن يكون لها معنى ووظيفة من وجهة نظره.

وتوجد أربعة عناصر رئيسة في برنامج التدخل المبكر القائم على الأنشطة، وهي:

1. الاهتمام بدوافع واهتمامات وتصرفات الطفل من خلال تشجيعه على المبادأة بالنشاط، ثم مشاركته في اللعب والألعاب التي اختارها، فالطفل له القيادة في توجيه الأنشطة كلما كان ذلك ممكناً، وبالتالي تقل الحاجة إلى المعززات.
2. إدخال التدريب والتعلم في أنشطة الطفل الروتينية لإدماج المهارات المستهدفة التي تحقق فائدة مباشرة له في السياق الطبيعي، وإدخال التعلم في أنشطة يخططها الأخصائي بحيث تثير اهتمام الطفل ويعتبرها مسلية بالنسبة له.
3. إن مجرد الاستفادة من مزايا الأنشطة الروتينية أو المخططة لا يضمن حدوث التغيرات المطلوبة في مهارات الطفل، فهي تقدم فقط السياق الثري والطبيعي لإجراءات التدخل، ومن ثم لابد من الاستخدام المنظم للمثيرات السابقة واللاحقة والتي تحدث كنواتج منطقية للأنشطة، فالطفل لا يترك اللعب على أمل أن يحدث التعلم، بل على الأخصائي أن يقوم بدور المشارك الفعال.
4. المهارات المستهدفة من برنامج التدخل المبكر يجب أن تكون وظيفية، ومولدة المهارات الوظيفية هي تلك التي تتيح للطفل التعامل مع بيئته

الاجتماعية والمادية بشكل مستقل وبطريقة يرضى هو عنها والآخرون المحيطون به. كما نساعد الطفل على اكتساب مهارات مولدة تساعده في التفاعل المستقل في المواقف المختلفة، أي عدم تعليم الطفل الاستجابة لإشارات معينة تحت ظروف معينة، ولكن تعليمه تعميم كل أنواع المهارات (الهويدي، محمد، 2012).

الأسباب التي تؤدي لتأخر تقديم الخدمات للأطفال المعاقين:

1. نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
2. عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معاق، لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.
3. تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط، مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.
4. لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها.
5. عدم توافر مراكز التدخل المبكر متخصصة، وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.
6. عدم توافر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توافر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج، وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.
7. غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة (الخطيب والحديدي، 2004).

ويرى بريان (Bryan,1991) أنه ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولي اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين للأسباب التالية:

1. إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي ـ الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب مختلفة.
2. إن العجز في المهارات الاجتماعية ـ الانفعالية يزداد إذا لم يقدم تدخل علاجي فعّال.

3. إن العجز في المهارات الاجتماعية ـ الانفعالية يؤثر بشكل سلبي على النمو المعرفي واللغوي لدى الطفل.
4. إن مثل هذا الاضطراب في مراحل الطفولة يعطي مؤشراً غير مطمئن لنمو الطفل المستقبلي، فهو يعني احتمال حدوث مشكلات تكيفية في مراحل العمر اللاحقة.

إن الصعوبة في المهارات الاجتماعية تؤثر بشكل سلبي وواضح على الأطفال المعوقين وتؤدي إلى شعورهم باليأس والإحباط، ويؤدي ذلك لوجود صعوبة في تكيفهم أو تقبلهم من قبل المعلمين والأقران الأمر الذي يؤدي إلى تطور المزيد من المشكلات الاجتماعية والتكيفية.

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

من الصعب على المتخصصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية:

- الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.
- عدم توافر أدوات التقييم المناسبة.
- عدم توافر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.
- عدم توافر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى (Shonkoff & Meisels, 1991).

وعلى الرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. الأطفال أصحاب الحالات الجينية الذين يتبين من تشخيصهم أن حالتهم ينتج عنها إعاقة أو تأخر في النمو.
2. الأطفال المعرضون لخطر بيولوجي بسبب إصابة أثناء الولادة أو بعدها مثل الأطفال الخدج.
3. الأطفال المعرضون لخطر بيئي نتيجة لظروفهم المحيطة (الفقر) الذي ينتج عنه إعاقة أو تأخر.

هذا وتتدرج فئات الأطفال المستهدفة في برامج التدخل المبكر في الأدب التربوي (Stephnes & Tauber, 2001) تحت ثلاث فئات رئيسة هي:

1. **الأطفال بموضع الخطر الحاصل:** وهم الأطفال الذين تم إعطاؤهم تشخيصاً طبياً يرتبط بتأخر في النمو في مجالات التطور وذلك بسبب إعاقة واضحة مثل: متلازمة داون، وشلل دماغي أو فراجايل (x).
2. **الأطفال بموضع الخطر المحتمل:** وهم الأطفال الذين لديهم احتمالية عالية لأن يصبح لديهم تأخرات نمائية وتطورية لاحقاً، وذلك بسبب عوامل خطر بيولوجية مثل الولادة المبكرة، الخداج، والوزن القليل عند الولادة، أو لتعرض الطفل لما لا يقل عن ثلاثة عوامل خطر بيئية قد تحد من تجارب الحياة الأولية مثل: الفقر المدقع، معاناة أحد الوالدين من إعاقة أو مرض نفسي أو إدمان على المخدرات أو الكحول، عدم استقرار الوضع الأسري أو صغر عمر الأم عند الولادة.
3. **الأطفال الذين يظهرون تأخراً في النمو:** وهم الذين يظهرون مؤشرات تأخر في اثنين أو أكثر من مجالات النمو المختلفة (المعرفي، الحركي، اللغوي، الاجتماعي ـ الانفعالي، العناية بالذات)، ويكون هذا التأخر بواقع انحرافين معياريين دون المتوسط. كما يمكن أن تشخص التأخرات من خلال الملاحظة الإكلينيكية للأخصائيين ذوي الخبرة بمجال التدخل المبكر.

ويمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر إلى سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou, 1988):

1. الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من الناحية:
   - الفطرية مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون (المنغولية).
   - البيئية.
   - الطبية والبيولوجية.
2. الأطفال المتأخرون نمائياً.
3. الأطفال المصابون حركياً.
4. الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.
5. الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.

6. الأطفال شديدو الاضطراب الانفعالي مثل حالات فصام الطفولة.
7. الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية:
   - السمعية.
   - البصرية.
   - السمعية والبصرية معاً (القريوتي وآخرون، 1995).

تفريد برامج التدخل المبكر:

يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو، فالبرنامج الذي يناسب طفلاً قد لا يناسب غيره بنفس الدرجة فكل طفل في حاجة إلى برنامج خاص به يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية، وعلى هذا الأساس يوضع خطة تربوية فردية لكل طفل يشترك في إعداده وتنفيذه الأخصائيون ووالدا الطفل، ويتضمن عادة الآتي:

- مستوى نمو الطفل الحالي.
- الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة).
- الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.
- إمكانية استفادة الطفل من التعليم المادي.
- معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج.
- مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها.
- مواعيد مراجعة البرنامج (مرسي، 1996).

مراحل عملية التدخل المبكر:

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد. وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً، إلا أنهم عند التطبيق يندمجون مع بعضهم ولا يمكن التفريق بينهم بسهولة، ونفصِّل المراحل المذكورة سابقاً فيما يلي:

- التعرّف (التحقق): ملاحظة العلامات الأولى أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاذ.

- الاكتشاف: عن طريق بحث هذه العلامات والإرشادات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية مثل: تحليل الفينيل كيتونوريا، واختبارات كشف الإعاقة السمعية، واضطرابات النمو. ولا تمثل مخرجات هذه الاختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.
- التشخيص: ويكون نتيجة وجود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها، والتشخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرضاً لخطر أو انحراف النمو.
- التدريب: كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو. هذه الأنشطة تتضمن: تنبيه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعيات والتغذية.
- الإرشاد: وهو كل أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للآباء، والأسرة، الأسرة المفككة، والإمداد بالمعلومات عامة (www.eurlyaid.net,2001).

إستراتيجيات التدخل المبكر:

يتم التدخل المبكر وفقاً لاستراتيجيات ثلاث:

1. *عملية توسطية (RE-Mediayion)*: ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف ببرامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.
2. *تعديل مفاهيمه وتعويضه (RE-Definition)*: بتعديل إدراكات وممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.
3. *إعادة تعليم الوالدين (RE-Education)*: لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.

كما تحدد الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:

1. *استراتيجية التدريب المنزلي Home Based Programs*: تقوم هذه الاستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل وتؤكد على تحمل

الأسرة للدور وللعبء الرئيس في تنفيذ الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.

2. *استراتيجية مراكز التدخل المبكر* ***Center Based Programs***: تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوافر فيها عدد من المتخصصين اللازمين وتستقبل هذه المراكز وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة، وهناك أشكال من المراكز:

- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل: أي لا يشارك الأهل في هذه العملية.
- مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.
- مراكز تدريب الوالدين: وتقوم باستقبال الوالدين وأبنائهم، وفي البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل ومن ثم يقوم الوالدان بموالاة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز.

3. *استراتيجية المركز الخاص:* وهو الذي يكون مصاحباً بتدريب منزلي.
4. *استراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز:* وتقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في السنتين الأوليين من عمر الطفل ومن ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.
5. *استراتيجية مركز تتبع نمو الطفل* ***Child development Monitoring***: وتتلخص هذه الاستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية (سند، **1998**، **98**:**109**).

بعض النماذج للتدخل المبكر:

1. التدخل المبكر في المراكز: وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في المركز أو المدرسة، وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من

الخدمات من سنتين إلى ست سنوات، وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج. ومن حسنات هذا النموذج قيام فريقٍ متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين، ومن سيئاته مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والكلفة المادية العالية.

2. التدخل المبكر في المنزل: في العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيداً بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً، وخلافاً للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادةً في المدن فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادةً في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين.



3. التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل: يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة ويقوم الاختصاصيون بزياراتٍ منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.
4. التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات: يقوم أولياء الأمور بزيارة دورية إلى المركز حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم.

5. التدخل المبكر في المستشفيات: ويكون ملائماً للتعامل مع مرضى الشلل الدماغي والصلب المفتوح والإصابات الدماغية.
6. التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام: يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة، لتدريب أولياء الأمور ولإيصال المعلومات المفيدة لهم (الزريقات، 2003).

الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر:

يتم تحديد الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. أهمية الخبرة المبكرة.
2. أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعوق لتعليمه.
3. أهمية تحسين كفاية الأسرة وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعوق.
4. أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعوقين بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.
5. تحسين العلاقة الوالدية بالمعوق خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.
6. تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.
7. أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعوق النفسية، تهيئة البيئة الأسرية...إلخ) إلى جانب اهتمامها بالجوانب النمائية للمعوق.
8. أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.
9. أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسن في شخصية المعوق.
10. لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويراً وتعديلاً لظروف البيئة المحيطة بالمعوق والتي قد تكون معوقة.
11. أهمية البرامج الوقائية.
12. أفضل البرامج هي التي تؤمّن للمعوق حياة طبيعية وسط أهله وذويه لتجنبه الهزات النفسية.

13. ضرورة أن لا تكتفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في النمو المعرفي للمعوق وأن تركز أيضاً على تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها وفي مدى قدرتها الاستقلالية (قنديل، 2000) (Bailey, et. al., 1998, 27 - 47).

أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر:

وتحدد في الآتي:

- أهداف مكتوبة للبرنامج وأساليب محددة لقياس نتائجه.
- أساليب متابعة الأداء لكل معوق وحاجاته.
- سبل تحديد الأهداف لكل معوق على حدة وللأسرة أيضاً.
- طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائياً وتحديد خدمات المعوقين إجرائياً.
- طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
- أسلوب تدوين الملاحظات حول الاستجابات الكيفية للمعوق.
- ترجمة الملاحظات إلى إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعوق وعلاقته بوالديه.
- إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة واتخاذ قرارات موحدة بروح الجماعة سواء فيما يتعلق بحل الخلافات في الرأي أو في اتخاذ القرارات بشأن المعوق.
- خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وبحثية، وتتضمن إجراءات جمع المعلومات الكمية والكيفية إجراءات قبول المعوق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلاً.
- التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين وفهم وتشجيع الأهداف التي يضعها الوالدان للأسرة وإيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة وفهم الفروق الثقافية لأسر المعوقين.
- تحسين الخدمات والتنسيق فيما بينها والتوعية بالخدمات المتوافرة في المجتمع والاستفادة من نماذج الخدمات والبرامج الناجحة وتسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة (الدسوقي، 2000).

فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

الأطفال المعوقون هم أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير، فحاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتفهمها ويعمل على تلبيتها بشكل متكامل، ولذلك فهناك حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعاقين وأسرهم. والحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي - الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفرق والأدوار المتوقعة من كل تخصص (Fox,et.al.1994).

لذلك فإن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيون عديدون من بينهم:

- أخصائي الوراثة. Geneticist
- أخصائي النساء والتوليد. Gynecologist
- أخصائي طب الأطفال. Pediatrician
- أخصائي الأسنان. Dentist
- أخصائي العيون. Ophthalmologist
- المختبر. Clinical Pathologist
- أخصائي التغذية. Nutritional Specialist
- أخصائي القياس السمعي. Audiologist
- الأخصائي النفسي. Psychologist
- الأخصائي الاجتماعي. Social Worker
- أخصائي اضطرابات الكلام واللغة. Speech & Language Pathologist
- أخصائي العلاج الطبيعي. Physical Therapist
- أخصائي العلاج الوظيفي. Occupational Therapist
- الممرضة. Nurse
- المعلمات والمعلمون. Teachers
- معلمات ومعلمو التربية الخاصة. Special Education Teacher
- أولياء الأمور. Parents

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال المعاقين صغار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة إنجازات كبيرة في العقود الماضية (Stayton & Johnson, 1990).

صفات فريق التدخل المبكر:

- القياس والتشخيص وتطبيق الاختبارات الرسمية وغير الرسمية وتفسيرها وتقويم حاجات كل من الأسرة و الطفل.
- الوعي بمظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة من جميع جوانب الشخصية.
- العمل على تشكيل فريق يتمتع بالتعاون وتبادل الخبرات.
- فهم وتلبية الحاجات المتعددة لدى الأطفال ومراعاة الفروق الفردية.
- التجديد فيما يتعلق بتصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية.
- تقديم الإرشاد الأسري والتدريب اللازم للأسر.
- صياغة الأهداف الطويلة والقصيرة المدى والتي تتصف بالمرونة.
- بناء علاقة قائمة على الثقة مع الأسرة والطفل المستهدف من خلال التواصل الفعال.
- تنظيم البيئة التعليمية للأطفال (يحيى، 2008).

الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر:

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية:

- معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة.
- القدرة على معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقويم الرسمية وتفسير نتائجها.
- القدرة على ملاحظة سلوك الأطفال.
- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو.
- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي.

- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال صغار السن.
- القدرة على تفهم مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وتلبية احتياجات كل طفل وفقاً لذلك.
- القدرة على العمل بفاعلية ضمن فريق متعدد التخصصات.
- القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاكتشاف.
- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها للعمل على مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
- فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة.

والبرامج التدريبية المتخصصة غالباً ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والتمريض.

(Bailey. et. al., 1998;Bennett. et. al., 1997;Buysse. et. al., 1998)

وظائف فرق التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة:

تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية:

أ. عمليات التقويم للطفل وأسرته Assessment Process:

حيث يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر، ويتنوع عدد أعضاء هذا الفريق وفقاً لمتطلبات؛ كل موقف فعلى سبيل المثال قد يتطلب تقويم التشخيص تدخلاً أكثر عمقاً لعدد معين من المهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة، بينما قد لا يطلب التقويم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لمتابعة تقدم الطفل سوى المهنيين الذين يقدمون الخدمة اليومية للطفل. ويتفق بناء فريق التقويم الفعال مع بناء فريق حل المشكلة الذي أشار إليه كل

من لارسون ولافستو الذي يتطلب مستوى عالياً من الثقة بين أعضائه وبيان عمل يركز على القضايا لا الحلول المقررة سلفاً ويتفق مع التفريد الذي يتميز به بروتوكول التقويم.

ب. تخطيط التدخل Planning Intervention:

تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة، ويتنوع أيضاً عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعاً لرغبة الأسرة في أن يقتصر على من يقدمون الخدمات فقط أو رغبتها في إضافة مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعملية تخطيط الخدمة لضمان شموليتها، ويتطابق بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها فريق التدخل المبكر والتي تركز على اكتشاف الإمكانيات والبدائل الجديدة، ويتميز فيها الفريق بالاستقلالية في التفكير بما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرنة ومجموعة واضحة من مستويات الأداء المعيارية، ويجب أن يكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية.

ج. تقديم الخدمة للطفل والأسرة Delivery Service:

يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمو الخدمة باستمرار تبعاً لتغير احتياجات الطفل وأسرته؛ فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسؤولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة أو غير مباشرة للطفل أو لأي شخص آخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيداً كما هو الحال بالنسبة للفريق التكتيكي ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمن بناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل (المعايطة والقمش، 2012).

وبالتحديد، فإن منظمة اليونسيف قد لخصت المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر في النقاط التالية:

1. انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.

2. وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
3. غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.
4. انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة، وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.
5. وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توافر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
6. غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوافرة محلياً، سواء أكانت اجتماعية أم تعليمية أم صحية.
7. ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.
8. اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.

وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها، فإنه يمكن تخفيضها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حال الالتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفصيلات وخطوات إجرائية لاحقة:

1. يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمراً حيوياً يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءاً رئيساً من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصاً لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.
2. بذل جهود نوعية للمحافظة ـ بأقصى درجة ممكنة ـ على النمو الطبيعي للطفل، وتشكل الأسرة أداة رئيسة لنجاح هذا الإجراء عندما يتم تنمية قدراتها ودعم إمكاناتها في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.
3. على المؤسسات المحلية المختلفة سواء أكانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية، أن تلعب دوراً مسؤولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدمتها، ودعمها

المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم، ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الاختصاصيين في توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدى تلك المؤسسات.

4. تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة.
5. التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.
6. الاهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات العلاجية الملائمة، ولتحقيق ذلك فإن الأمر يتطلب إثراء وتطوير برامج الخدمات الأساسية المتوافرة محلياً، ومن ثم استغلالها والاستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج.

ويتفق مع تلك الأسس والمبادئ ما أقره المجلس التنفيذي لليونيسف سنة (1980) من اقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لمؤتمر الأسكوا المنعقد في عمان (1989). وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ استراتيجية موسعة للوقاية من الإعاقة، وإعادة التأهيل.

واعتمدت هذه الاستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية هي:

1. الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال، وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الاضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود، واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.
2. الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار العوق.
3. الاعتماد على العائلة والمجتمع كأداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

وتؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل الولادة وأثناءها وبعدها، ويمكن لوحدات العناية الأولية وغيرها من هياكل الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص، ولا تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية، والتطعيم، والخدمات الصحية المختلفة، بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات

أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية. وتنسجم توجيهات اليونسكو (1989) المقدمة إلى المؤتمر نفسه مع تلك الاقتراحات، حيث أشارت إلى أن الشكل الأول من التدخل التربوي يكمن في نوعية تلك الخدمات أولاً والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانياً. فقد أصبح من المعروف أن كثيراً من العلل أو الإعاقات أو الإصابات يمكن منعها أو تخفيفها إلى حد كبير إذا كانت الأسر المعنية تتمتع بدرجة كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتوافرة محلياً وسبل الاستفادة منها، وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات العوق الناتجة عن حوادث العمل والمرور في حال تنفيذ التعليمات الإدارية والفنية، وزيادة الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة.

الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكّر:

وفي ضوء ما سبق، فإنه يمكن اقتراح عدد من الأسس والمبادئ والعناصر الأساسية في التدخل المبكر على نحو يشمل كلاً من مرحلة الخدمات الوقائية والمرحلة التشخيصية والمرحلة العلاجية والتربوية وأية اعتبارات أخرى لاحقة.

أ. مرحلة الوقاية:

لقد اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية عما كانت عليه سابقاً، فحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO,1970) فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من احتمال حدوث الإعاقة، بل أصبحت تشتمل على إجراءات تهدف إلى منع تطور الحالة إلى درجة من العجز والإعاقة. وكما أشار (القريوتي وزملاؤه، 2001) في عرضه لمفهوم الوقاية وفق تعريف منظمة الصحة العالمية لعام (1976)، فإنه يقصد بها: "مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه، وذلك بأقل درجة ممكنة من المحددات. إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب ما أمكن من حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي".

ب. مرحلة التشخيص:

يقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة، ويسمح التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تثبت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات. ونظراً لخطورة التشخيص وأهميته في نفس الوقت، فقد حددت معاييره وخطواته وإجراءاته من قبل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المستفيضة. ويمكن تلخيص معايير التشخيص وإجراءاته وفق مراحله المختلفة، وعلى الأخص عند الكشف عن الحالات وتحديدها وكذلك عند تشخيصها، ويعتبر الكشف عن الحالات التي تستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطواته العملية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والمعالجة المناسبة، وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وأخصائيين اجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم، ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية والأكاديمية، وكذلك ظروف الطفل وبيئته الاجتماعية بشكل يسمح بتحويل من تستدعي حالته إلى تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة.

وغالباً ما يتم الكشف عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية واضحة عن طريق الأطباء، ومن خلال إجراء بعض الفحوص المخبرية أو تطبيق الاختبارات النفسية والتربوية في بعض الأحيان. وبما أن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل، فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التدريبية والعلاجية الملائمة. أما الأطفال الأكثر عرضة للإصابة فهم لا يعانون من اضطرابات ظاهرة، لكن تاريخهم الطبي والتطوري يستدعي مراقبتهم ومتابعة حالاتهم، ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية، وبذلك يقع على عاتق الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل المتابعة الطبية وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال، أما البعض الآخر فهم أكثر عرضة من الناحية الاجتماعية والبيئية، ويمكن الوصول إلى

المعلومات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الاستعانة بالجيران أو الأصدقاء أو الجمعيات الخيرية، وتلعب مؤسسات الخدمات الاجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دوراً بارزاً في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

ج. مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات:

تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة. ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرس التربية الخاصة، وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة، ولا تقتصر هذه الخطة على المهارات التربوية وإنما يجب أن تشتمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة مثل خدمات أخصائي النطق أو العلاج الطبيعي أو الخدمات الطبية. وعليه، فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها يتطلب الاستعانة بمختلف التخصصات والخبرات التي تستدعيها طبيعة الحالة. وقبل تحديد البرامج الملائمة، فإنه يلزم تحديد المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها. فعلى سبيل المثال: فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطط التربوية والعلاجية، مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى الأداء الحالي للطفل، ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى.

وتعتبر مسؤولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المختصين الذين سيقع على عاتقهم لاحقاً تنفيذ برامج الطفل، مثل معلم الفصل وأخصائي الخدمات المساندة، مثل: (معالج النطق، المعالج المهني، أخصائي الإدراك الحركي... إلخ). هذا ويجب أن يشتمل التقييم التربوي على حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من:

- النمو الحركي.
- المهارات اللغوية.
- مهارات العناية بالذات.
- النمو المعرفي.
- النمو الانفعالي.
- مهارات ما قبل المدرسة.
- المهارات الحياتية اليومية.

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة الفردية.

وأخيراً، فإن توفير مراكز الأمومة والطفولة، وتحسين دورها يعتبر عنصراً حيوياً في تعزيز مرحلة المعالجة وتطوير الخدمات الوقائية، ولا يقتصر دور هذه المراكز على إجراءات الوقاية، بل يشمل على خدمات الرعاية الصحية الأولية أيضاً (السرطاوي والصمادي، 1998).

الفصل الخامس
خدمات التدخل المبكر للمعاقين عقلياً
وذوي صعوبات التعلم

- تمهيد .
- الإعاقة العقلية .
- صعوبات التعلّم .

الفصل الخامس

خدمات التدخل المبكر للمعاقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم

تمهيد:

لخدمات التدخل المبكر فوائد جمّة، ولذا سنتطرق إلى هذه الخدمات بشيء من التفصيل، وذلك من خلال تقديمها للمعاقين عقلياً ولذوي صعوبات التعلم.

الإعاقة العقلية Mental Retardation:

الإعاقة العقلية تنتج من تفاعل عاملين: أولهما: عدم مناسبة البيئة التعليمية للاستجابة للاحتياجات التعليمية للفرد، وثانيهما: قصور الوعي المجتمعي في تفهمه لمتطلبات الإعاقة وتوفير الطرق والمصادر والاستراتيجيات المناسبة لتعليم وتدريب هذه الفئة (Prabhala, 2007). وقد عرفت الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية (American Association on Mental Deficiency, 2007): بأنها تشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية: النضج، والتعلم، والتكيف الاجتماعي (Heward & Orlansky, 1988). واعتماداً على التصنيف التربوي يمكن وضع المعاقين عقلياً إلى فئات اعتماداً على قدراتهم على التعلم، ويستند إلى ما يمكن أن نطلق عليه مبدأ الصلاحية أو الكفاية التربوية، ويبدو ذلك واضحاً في تقسيم الفئات التي يتضمنها هذا التصنيف. ووفقاً لهذا التصنيف يمكن تصنيف المعاقين عقلياً إلى الفئات الثلاث الرئيسة التالية:

1. القابلون للتعلم **Educable Mentally Retarded**: تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (50 ـ 75) أو (55 ـ 79) درجة.
2. القابلون للتدريب **Trainable Mentally Retarded**: تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (30 ـ 50) أو (35 ـ 55) درجة.
3. الاعتماديون **The Totally dependent**: وتقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (25 ـ 30) درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب.

هذا يتصف المعاقون عقلياً بشكل عام بتأخرهم في النمو وقابليتهم للتعرض للإصابة بالأمراض ونقص القدرة على ضبط السلوك الاجتماعي، كما أنهم يتصفون بإخفاقهم جزئياً أو كلياً عن إعالة أنفسهم، ورغباتهم من المستوى الغريزي، فهم يسيرون حسب مبدأ اللذة بالدرجة الأولى. أما بالنسبة لمتوسط العمر، فهم يتصفون بقصر العمر مقارنة مع الأسوياء.

وغالباً ما يمر الأطفال المعاقون بنفس المراحل التي يمر بها الأفراد غير المعاقين، إلا أنهم يمرون بها غالباً ببطء كما أنهم يحتاجون عادة إلى وقت أطول؛ فهم يتأخرون في الزحف، وفي الوقوف وفي المشي وفي ضبط التبول والتبرز، كما أن مهارات التآزر والتناسق الحسي الحركي لديهم تكون أضعف مما هي عليه عند الأفراد العاديين. من ناحية أخرى فإن قدرة هؤلاء الأفراد على التعليم تتأثر بإعاقتهم حيث يكونون عادة أبطأ في التعليم والتحصيل المدرسي ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول لتحقيقهما، ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول لتعلم نفس المهارات وهم في العادة أكثر استيعاب المفاهيم والأفكار المجردة، كما أن قدرتهم على التذكر تتأثر وخاصة الذاكرة قصيرة المدى، وكذلك تتأثر قدرتهم على التصميم ونقل أثر التعليم من موقف إلى آخر، كما أنهم أقل قدرة على التعلم العفوي أو التلقائي مقارنة بغيرهم.

إضافة إلى ذلك فإن النمو اللغوي لدى الأفراد المعاقين عقلياً يتأثر فهم غالباً ما يتأخرون في الكلام مقارنة بأقرانهم من غير المعاقين. وأخيراً فإن المعاقين عقلياً هم بشكل عام أقل اعتماداً على أنفسهم في تدبير أمورهم الحياتية ويبقون بحاجة إلى نوع أو آخر من الإشراف على شؤونهم ، كما أنهم أكثر قابلية للانقياد من قبل الآخرين (الجوالده والقمش، 2012).

أولاً: أسباب الإعاقة العقلية

يمكن اتباع المنهج الزمني في الحديث عن الأسباب وذلك على أساس المراحل التي تؤثر فيها هذه العوامل أو الزمن الذي تحدث فيه، وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى ثلاث مجموعات من العوامل والأسباب وهي:

1. عوامل ما قبل الولادة **Prenatal Causes**: وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته خلال أشهر الحمل.

2. عوامل أثناء الولادة **Prenatal Causes**: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدي إلى إعاقته العقلية.
3. عوامل ما بعد الولادة **Postnatal Causes**: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى إعاقته.

وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة الإعاقة العقلية: وتشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيطة غير معروفة الأسباب وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية حيث تصل إلى حوالي (70 ـ 75٪) (الإمام والجوالده، ـ أ).

ثانياً: الكشف المبكر والإعاقة العقلية

توجه الصحة العامة عناية خاصة للأمهات والأطفال للأسباب التالية:

1. تشكل النساء في سن الإنجاب (15 – 45 سنة) والأطفال نسبة تصل إلى (60٪) في بعض المجتمعات.
2. يعتبر الحمل والولادة عملية فسيولوجية طبيعية ويعتبر أيضاً فترة جهد نفسي وجسدي خاص قد يحمل في حياته أخطاراً غير عادية لكل من الحامل والطفل الوليد.
3. العناية بالحامل ثنائيه الفائدة والهدف؛ فهي تقدم للحامل نفسها كعضو في المجتمع وتهدف أيضاً إلى حماية حصيلة الحمل (الطفل الوليد).
4. إمكانية الرقابة والوقاية من المضاعفات والأمراض المصاحبه للحمل والولادة أو الناتجة عن هذه العملية ممكنة نسبياً بواسطة الاكتشاف المبكر للمشاكل الصحية، إضافة إلى أن تكلفة ذلك معقولة جداً. إذا ما قورنت مع تكاليف المعالجة. مما يجعل برامج الأمومة والطفولة مقبولة من النواحي الاقتصادية والصحية.

ثالثاً: خدمات الأمومة والطفولة الصحية

تهدف الخدمات الصحية التي تقدم للأم والطفل إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تخفيض وفيات الأطفال أثناء الحمل والولادة والنفاس.
2. تخفيض وفيات الأطفال وخاصة الأطفال الرضع وفي فترة الطفولة المبكرة.

3. تخفيض حجم المرض لكل من الأمهات والأطفال.
4. حماية صحة الأم وتعزيزها بدنياً وخلقياً واجتماعياً وحمايتها من المضاعفات في جميع مراحل الحمل والولادة والنفاس.
5. الاكتشاف المبكر للمرض، وتوفير الإمكانيات التشخيصية والعلاجية من أجل تقليل حجم المعاناة والمضاعفات والعجز.
6. حماية الطفل من الأمراض العضوية وخاصة الوراثية والخلقية وغيرها.
7. حماية الطفل من الأمراض الخمجية القاتلة وخاصة تلك الأمراض التي يمكن الوقاية منها بواسطة المطاعيم.
8. التأكد من سلامة الحامل والاكتشاف المبكر لأي انحراف عن الطبيعي والعمل على تصحيح ذلك حفاظاً على سلامتها وصحتها وسلامة الجنين وصحته.
9. الهدف الأساس هو (إيجاد طفل سليم لأم سليمة وعائلة سعيدة).

إن أنشطة برامج الأمومة والطفولة يجب أن تتفق مع المراحل التي تمر بها وتعيشها الأم من حيث النمو والتطور، منذ ولادتها نفسها ثم الطفولة فمرحلة الشباب فالزواج ثم الحمل والولادة وأخيراً مرحلة النفاس وما بعدها. ويجب النظر إلى هذا كله كوحدة قسمت نفسها على مراحل فسيولوجية مميزة ، لكل منها مشاكلها واحتياجاتها الصحية، وكل مرحلة تؤثر في مراحل تالية ويعطى بالتالي نتائج تراكمية لا يمكن تجزئتها. وتشمل خدمات وبرامج الرعاية الصحية للعناية بالأم الحامل والطفل حسب المراحل على الشكل التالي:

1. خدمات الأمومة:

- برامج الرعاية الصحية قبل الحمل.
- برامج الرعاية الصحية أثناء الحمل.
- الرعاية أثناء الولادة للأم والطفل.
- الرعاية في فترة النفاس.
- خدمات تنظيم الأسرة.

2. خدمات رعاية صحة الطفل:

- خدمات صحة الطفل من الولادة وحتى السنة الخامسة من العمر (قبل المدرسة).
- خدمات الصحة المدرسية.

رابعاً: التدخل المبكر للمعاقين عقلياً

من الأمور المهمة في حياة المعاق عقلياً ضرورة التدخل المباشر والمبكر، والذي يتطلب من الآباء بصيرة واعية. وتتعدد طرق التدخل المبكر ما بين التشخيص والإرشاد النفسي المبكرين، ثم التدخل التدريبي والعلاجي. وبالنسبة للتشخيص يجب أن يقوم به فريق متكامل، أما الإرشاد النفسي فقد أصبح جزءاً لا يتجزأ من برامج رعاية المعاق عقلياً النمائية والوقائية والعلاجية، ويعمل المرشد النفسي في التدخل المبكر على مساعدة الطفل المعاق عقلياً على تنمية قدراته، وإشباع حاجاته من خلال توجيهه ومساعدته على الإفادة من الأنشطة والخبرات المتوافرة في البيئة، كما يقوم المرشد النفسي في الإسهام بتحسين الظروف البيئية للطفل وتوفير المثيرات المعرفية والخبرات التي تنمي قدراته من خلال مساعدة الأهل في تفهم حاجات الطفل وتقبلهم له وحسن معاملتهم له (جميل، 2000).

إن والدي الطفل المعاق يحتاجان إلى مساعدة مستمرة في المراحل الأولى حتى لا يتكون لديهم أنماط تنشئة سلبية وخاطئة نحو طفلهم، حيث إن مساعدتهم في تكوين أنماط تنشئة بنّاءة يمكنهم من تزويد الطفل بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة. كما أن برامج التدخل المبكر تعد برامج ذات جدوى اقتصادية وجهد مثمر حيث تساعد في التقليل من النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة، إذ تشير الدلائل إلى إمكانية التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية اللاحقة إذا ما قدمت للطفل الخدمات بشكل مبكر.

فقد توصل داربلاي (Darbellay, 1985) من خلال دراسة تتبعية هدفت إلى الارتقاء بالنمو الحسي والوجداني والمعرفي والاجتماعي من خلال برنامج للتدخل المبكر لعينة مكونة من خمسة عشر طفلاً معاقاً عقلياً في سن المهد، حيث كانت ظروف أسرهم تهدد بتدني مستوى قدراتهم. وقد تتبعت الدراسة الأطفال من سن الثالثة وحتى السادسة

وأكدت أنهم أفادوا في جميع نواحي النمو من البرنامج المعدّ بمقادير مختلفة واستمر الباحث في تتبع الأطفال بعد دخولهم المدرسة.

ودرس القحطاني (2000) أثر استخدام برنامج تدريب لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة بالمملكة العربية السعودية عن طريق إكساب التلاميذ لهذه المهارات ومدى الاحتفاظ بها وقدرتهم على استخدامها وتعميمها في مختلف المواقف. وقد استخدم في الدراسة برنامجاً للمهارات الاجتماعية من إعداد شوماكر وآخرين وأسفرت النتائج عن اكتساب التلاميذ للمهارات الاجتماعية المطلوبة، كما أسفرت عن الاحتفاظ بتلك المهارات لمدة أسبوع من انتهاء تطبيق البرنامج.

خامساً: الأهداف الأساسية لتعليم القابلين للتعلم

لخص الريحاني (1985) الأهداف الأساسية لتعليم القابلين للتعلم بما يلي:

1. تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة، والتهجئة، والحساب، مع الأخذ بالاعتبار أن الطفل لا يحتاج إلى هذه المهارات إلا بالقدر الذي يساعده في حياته المهنية والاجتماعية.
2. التكيف مع البيئة المادية عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية، وأقسام الشرطة، والمصانع، والحدائق العامة، والأندية، ويتم تحقيق ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.
3. التكيف مع البيئة الاجتماعية، وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية واتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.
4. التكيف مع البيئة الشخصية، وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل، بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن والاطمئنان، وهي جميعها مظاهر للصحة النفسية **(الريحاني، 1985).**

سادساً: طرق تعليم مهارات الحياة

يذكر عمران والشناوي (2001) ثلاث طرق في تعليم مهارات الحياة على النحو التالي :

1. الطريقة التجميعية: حيث يدرب الطفل على كل مهارة بصورة منفصلة حتى يصل الطفل إلى المستويات المطلوبة من سرعة الأداء ودقته، وبعد ذلك يتم تجميع المهارة والتدريب عليها ككل وفقاً لمبدأ التسلسل والربط السلوكي.
2. الطريقة الجزئية: وفيها تقدم المهارة للطفل على صورة سلسلة من الإجراءات، ويطلب من الطفل إعادة ما نفذه الباحث على كل جزء منها على حدة في صورة متسلسلة حتى يتم إنجاز المهارة، ويصل الطفل إلى المستوى المقبول وبالسرعة المطلوبة وفقاً لمبدأ التشكيل السلوكي .
3. الطريقة الكلية: ويستهدف فيها تقديم المهارة ككل للطفل في تمرين واحد أو عمل تطبيقي شامل، ويحدث هذا عندما تكون إجراءات المهارة بسيطة غير مركبة، أو سبق تقديم بعض أجزائها في مهارات أخرى. تقدم هذه الطريقة عندما يراد توضيح الربط بين العمليات المكونة للمهارة أمام الطفل وهذه الطريقة تعد من الطرق المركبة في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً.

سابعاً: البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً

يوجد خمسة مستويات رئيسة من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقلياً كما بينها القمش والمعايطة (2010) وهي:

أ. برامج ما قبل المدرسة:

تتراوح أعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين (3ـ6) سنوات زمنية. وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جداً، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين؛ وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر.

وتركز البرامج التعليمية في هذه المرحلة على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضاً على هذه المهارات، ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة، في حين يحتاج الأطفال القابلون للتعلم إلى فترة سنتين أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة. ويذكر كوفمان (Kauffman) أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشمل مجموعة من المهارات أهمها (Kauffman, 1981):

1. الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم.
2. تمييز المثيرات السمعية والبصرية.
3. اتباع التعليمات.
4. التناسق في الحركات الدقيقة والكبيرة (مسك القلم، استخدام المقص).
5. تنمية اللغة.
6. تنمية مهارات العناية بالذات (ربط الحذاء، التزرير، استخدام الحمام).
7. التفاعل مع الأقران ضمن مجموعات.

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر مرحلة مناسبة لاشتراك الأهل في تربية أطفالهم، كما أن الأمهات يستطعن أن يكن مدرسات ناجحات لأطفالهن في هذه المرحلة، خاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو صعوبة معينة.

ب. برامج المرحلة الابتدائية:

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين (6 ـ10) سنوات زمنية، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنهم يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين (4 ـ 6) سنوات، وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس، وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين. بشكل عام فإن برامج هذه المرحلة تعتبر استمراراً لبرامج مرحلة ما قبل المدرسة، للتدريب على تنمية المهارات الأساسية (مهارات التواصل، العمليات الإدراكية، الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية) (Kauffman, 1981).

ج. برامج المرحلة المتوسطة:

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين (10 ـ13) سنة زمنية، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين (6 ـ 8) سنوات. ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التلقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال من الصفوف العليا، مما يستلزم وضعهم في فصول أو مدارس خاصة. وتركز برامج المرحلة المتوسطة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب، وتنمية العمليات العقلية كالتمييز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي.

د. برامج المرحلة الثانوية:

في المرحلة الثانوية يكون المعاق عقلياً قد تراوح عمره الزمني فيما بين (13 ـ 20) سنة، وتمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي، وتهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعوق ليكون عضواً نافعاً في مجتمعه محققاً درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف. ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية (التدريب المهني). ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال التدريب على المهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية الملائمة لجنس المعوق في هذه المرحلة العمرية. وتشمل المهارات المهنية:

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعوق عقلياً.
- مهارات البحث عن وظيفة.
- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.
- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

أما في جانب المهارات الاستقلالية فيتم التدريب على:

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.
- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.
- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.
- مهارات التسوق.
- ضبط الميزانية الشخصية والادخار.
- الاستفادة من التسهيلات والخدمات المختلفة في البيئة المحيطة.

- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.
- تكوين الأسرة وإدارتها.

أما في مجال المهارات الاجتماعية فيتم التأكيد على المهارات التالية:

- مهارات التفاعل اللفظي.
- إقامة العلاقات والصداقات الاجتماعية.
- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.
- تعزيز مفهوم الهوية (معرفة المشاعر والميول والرغبات).

إن برامج المرحلة الثانوية تؤكد على فهم الصحة النفسية الجسمية بما يتضمنه هذا الفهم من اتباع القواعد الصحية السليمة بالإضافة إلى تقبل الذات والشعور بالأمن والاطمئنان (سيسالم، 1988).

هـ. برامج ما بعد المدرسة (بعد (20) سنة):

يفترض في الملتحقين ببرامج ما بعد المدرسة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، أن يكونوا قد انتهوا من الدراسة الأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم، وتدربوا على مهارات الاستعداد المهني، وحصلوا على قدر كاف من المهارات الاجتماعية التي تؤهلهم للتفاعل المباشر مع الحياة العامة. ويتم تنفيذ برامج ما بعد المدرسة عادة في ورش محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية في معظم بلاد العالم، ويقدم خلالها برنامج تأهيلي، حيث يتم تدريب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميوله. وبعد إتمام فترة التدريب بالنسبة للطالب على مهنة، يتم إلحاقه للعمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يوجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما يتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي يتطلبها العمل، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء.

ولقد ذكر سميث (1971) أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من خمسة أوجه هي:

الوجه الأول: الكشف المهني (Vocational Exploration): وفيه يتم تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تتطلبها كل مهنة، كي يصبح على ألفة بطبيعة كل مهنة.

الوجه الثاني: تقييم المهنة (Vocational Evaluation): وهذا الوجه يتضمن تعريض الطالب لخبرات ومهارات عمل مختلفة وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.

الوجه الثالث: التدريب المهني (Vocational Training): ويهدف هذا إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل الطالب إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة.

الوجه الرابع: التوظيف (Vocational Placement): ويتعلق هذا الوجه بإيجاد عمل للطالب بعد تخرجه.

الوجه الخامس: المتابعة (Follow up): وتتعلق المتابعة بتقديم الإرشادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أدائه العمل، كذلك العمل على مساعدته في حل المشاكل أو الصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل (الصمادي والناطور والشحومي، 2003).

ثامناً: برامج التدخل المبكر التي تقدّم للمعاقين عقلياً

من الجدير بالذكر أن بإمكاننا أن نقوم بتصنيف تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال للمعاقين عقلياً في مرحلة ما قبل المدرسة على أنها تتضمن ما يلي:

1. تلك البرامج التي يتمثل هدفها الأساسي في الوقاية من الإعاقة العقلية.
2. تلك البرامج التي يتم تقديمها في سبيل تنمية أولئك الأطفال الذين يتم تحديدهم بالفعل على أنهم معاقون عقلياً.

وبذلك نجد بشكل عام أن التدخل المبكر يتضمن نوعين من البرامج؛ يهدف الأول منهما إلى الوقاية من تلك الآثار السلبية التي يمكن أن يتعرض لها أولئك الأطفال، ومنها الإعاقة العقلية، أو أن البرامج من هذا النوع يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للإعاقة العقلية البسيطة. أما البرامج من النوع الثاني فيتم تقديمها لأولئك الأطفال ذوي مستويات الإعاقة العقلية الأكثر شدة، وتهدف مثل هذه البرامج في الأساس إلى دعم نموهم والتأكيد عليه.

تاسعاً: طرق الوقاية من الإعاقة العقلية

1. الإرشاد الوراثي ـ فحوصات ما قبل الزواج.
2. فحص السائل الأمينوسي.

3. التطعيم ضد الأمراض، خاصة تطعيم ضد الحصبة الألمانية والكزاز وشلل الأطفال.
4. السيطرة البيئية للتقليل من مخاطر الرصاص والإشعاعات.
5. توفير معايير عالية الجودة للعناية بالأم الحامل أثناء الحمل وبعدها.
6. توفير معايير عالية للعناية بالطفل.
7. توفير البيئة الأسرية والاجتماعية المناسبة.
8. التثقيف الصحي والإرشاد.
9. تغذية مناسبة للأم الحامل.
10. الامتناع عن التدخين وخاصة أثناء الحمل.
11. عدم تناول الكحول وخاصة أثناء الحمل.
12. عدم تناول أي علاج دون استشارة طبيب.
13. تنظيم وقت الحمل (عمل – نوم – راحة).
14. التسجيل المبكر في مراكز الأمومة والطفولة.
15. معرفة السن المثالي للإنجاب.

عاشراً: البرامج الوقائية في الطفولة المبكرة

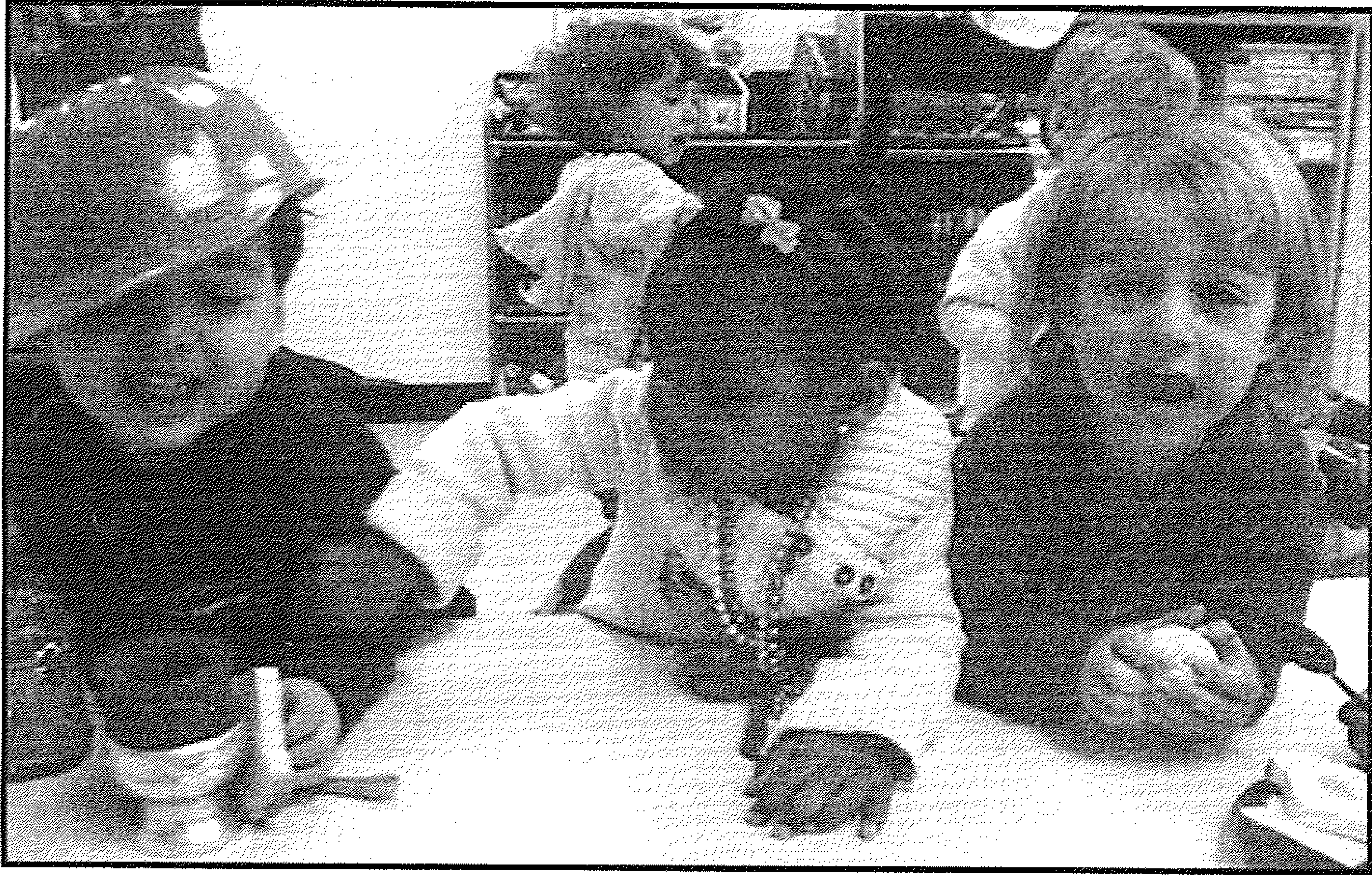
شهد عقد الستينيات من القرن الماضي ميلاد تلك البرامج المخصصة للرضع والأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة الذين يعتبرون في خطر التعرض للإعاقة إلى جانب أسرهم أيضاً.

وتعد المشروعات التالية من أكثر تلك المشروعات التي تم تقديمها في هذا الإطار شيوعاً وهي:

1. مشروع بيري لأطفال ما قبل المدرسة. Perry preschool project
2. برنامج مركز شيكاغو للآباء والأطفال.
Chicago child-parent Center Programs (CPC)
3. مشروع المبتدئين. Abecedarian
4. مشروع ابيسيدريان. Abecedarian Project
5. مشروع ميلواكي. Milwaukee Project

6. مشروع بيري قبل المدرسي. Perry Preschool Project
7. مشروع ييل. Yale Project
8. برنامج تي دي أس آي. (T.D.S.I)

أ. مشروع بيري قبل المدرسي Perry Preschool Project:



إن مشروع بيري قبل المدرسي والذي بدأ عام (1962م) هو أقدم برامج التدخل، وهو البرنامج الوحيد من البرامج المختلفة الذي قدم معلومات حول المكاسب التي حصل عليها المشاركون حتى التاسعة عشر من العمر، لذلك فإنه يتيح لنا تقييم الآثار طويلة الأمد لبرنامج تدخل مبكر، مشتملاً على نتائج عدة اختبارات، من تقييم الأطفال وتقييم المدرسين، ومن الآثار أو النتائج التي تحدث خلال الحياة الحقيقية للأطفال.

وكذلك بالمقارنة بالبرامج الأخرى فإن هذا المشروع قبل المدرسي بدأ تدخله باختيار أطفال معاقين آنذاك ـ على الأقل طبقاً لتعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية ـ حيث تم تجميع كل الأطفال الذين يبلغون السنة الثالثة من العمر في أحياء معينة ومحددة من ذوات الدخل المنخفض ثم طبق عليهم اختبار ستانفورد بنيه للذكاء وحصر من تتراوح نسب ذكاءهم بين (70 ـ 85) الذين عادة يعرفون بالفئة الحدية أو البينية للإعاقة العقلية.

ولقد قام مشروع بيري قبل المدرسي بتزويد خمس مجموعات من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاث أو أربع سنوات، ببرنامج تدخل مدته سنتان، وأدخل أطفال المجموعة التجريبية إلى البرنامج خلال مدة أربع سنوات (1962 ـ 1965) عندما كانوا يبلغون السنة الثالثة من العمر، وقضوا السنتين التاليتين في البرنامج. أما أطفال المجموعة الضابطة فقد كانوا يختبرون في فترات محددة. وكان البرنامج يتألف من عناية يومية مركزة وبجودة عالية لمدة ساعتين ونصف يوميا، وزيارة منزلية لمدة ساعة ونصف كل أسبوع، وكانت النسبة بين المدرس والطفل (1: 5). ومع أن هذا المشروع قدم برنامجاً مكثفاً قبل المدرسة، إلا أن طول اليوم الدراسي (ساعتان ونصف) وطول السنة الدراسية (30 أسبوعاً) وعدد سنوات البرنامج (سنتان)، والعمر الذي دخل عنده الأطفال البرنامج (3) سنوات، كانت كلها مختلفة تماماً عن كل من البرامج الأخرى.

ونتائج مشروع بيري متوافرة الآن بعدة مقاييس للأطفال حتى السنة التاسعة عشرة من العمر. وبالنسبة للذكاء فلقد أظهر أطفال المجموعة التجريبية زيادة تبلغ (10ـ15) نقطة في درجات نسبة الذكاء عندما كانوا يبلغون السنة الرابعة والخامسة من العمر، لكنهم بالتدريج فقدوا تفوقهم على المجموعة الضابطة في السنوات الأخيرة. وبحلول السنة الثامنة من العمر انخفض تفوق المجموعة التجريبية إلى أدنى مستوى له (نقطتان إلى ثلاثة) وبحلول السنة الحادية عشرة كانت المجموعتان متشابهتين تماماً وهذه النتائج تتطابق مع النتيجة العامة لتلاشي مكتسبات أو (زيادات) نسبة الذكاء بعد انتهاء برامج التدخل المبكر.

ويبدو أن آثار البرامج على درجات اختبار التحصيل وعلى المعايير المكاسب الحقيقية في الحياة واعدة وملحوظة. فقد كان أداء أطفال المجموعة التجريبية في اختبارات التحصيل أفضل بكثير من أداء أطفال المجموعة الضابطة طوال المرحلة الابتدائية والمتوسطة من الدراسة. كما وجد أن مشاركة أطفال المجموعة التجريبية في تصرفات وسلوك منحرف أقل من أطفال المجموعة الضابطة، كما صنف المعلمون هؤلاء الأطفال على أنهم قد أقاموا علاقات مع زملائهم ومعلميهم أفضل من العلاقات التي أقامها أطفال المجموعة الضابطة.

وفيما يتعلق بمشروع بيري Perry لأطفال ما قبل المدرسة فيرى سكوينهارت وويكارت أنه عندما تم إعادة فحص ودراسة أولئك الأفراد الذين كانوا قد بلغوا

السابعة والعشرين من أعمارهم، وكانوا قد تلقوا هذا البرنامج للتدخل المبكر في طفولتهم وجدت فروق دالة لصالحهم و ذلك عند مقارنتهم بأقرانهم الذين لم يتلقوا هذا البرنامج من برامج التدخل المبكر.

وكانت أهم الفروق التي كشفت عنها تلك الدراسة ما يلي:

- أن غالبية هؤلاء الأفراد قد أنهوا الصف الثاني عشر.
- أنه قد تم إلقاء القبض على نسبة قليلة من مخالفات قاموا بارتكابها.
- أن نسبة كبيرة منهم كانوا يملكون تلك المنازل التي يعيشون فيها.
- أن نسبة قليلة منهم كانوا يعيشون في قدر معقول من الرفاهية.
- أن معدل الحمل في مرحلة المراهقة كان منخفضاً بينهم.
- أنهم كانوا يحصلون على دخل جيد ويزيد عن المتوسط بكثير.
- كان من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يتم تصنيفهم على أنهم معاقون أو معاقون عقلياً.

أما أحدث دراسة تتبعية تم إجراؤها في هذا المضمار فقد تمت كما يشير رينولدز وآخرون (2001) باستخدام برنامج مركز شيكاغو للآباء والأطفال (CPC) وذلك على أولئك الذين بلغوا العشرين من أعمارهم فتوضح أو تكشف عن نتائج مشابهة حيث تعلقت النتائج التي كشفت وأسفرت عنها بما يلي:

- معدلات أكثر ارتفاعاً لإنهاء الدراسة بالمدرسة.
- معدلات أكثر انخفاضاً لإلقاء القبض عليهم كأحداث.
- معدلات أكثر انخفاضاً للرسوب في الصف العادي.
- اختيارهم على أثر ذلك للالتحاق ببرامج التربية الخاصة.
- كان معدل الاختيار للالتحاق بالتربية الخاصة يعادل نصف ذلك المعدل الذي اتضح لدى أقرانهم في المجموعة الضابطة التي لم يتلق أعضاؤها برنامج التدخل المبكر.

ب. مشروع ابيسيدريان Abecedarian Project:

يعتبر مشروع المبتدئين أحد أهم وأفضل تلك البرامج التي تمثل إثارة للأطفال الرضع، وغني عن البيان أنه يتم تحديد المشاركين في هذا المشروع قبل ميلادهم وذلك باختيارهم من بين مجموعة من الأمهات الحوامل اللائي تعشن في بيئات فقيرة، كما

يتم بعد الحمل تصنيف الأطفال (على حسب ما سيكون) عشوائياً في إطار إحدى مجموعتين تعرف إحداهما بمجموعة الرعاية النهارية وتتلقى خدمات خاصة أي في إطار التربية الخاصة، بينما تعد المجموعة الثانية ضابطة ولا تتلقى بالتالي أياً من هذه الخدمات. هذا ويشارك أعضاء المجموعة الأولى المعرفة باسم مجموعة الرعاية النهارية في برنامج يزودهم بالخبرات اللازمة لتعزيز نموهم الحركي، والعقلي، واللغوي، الاجتماعي. كما تتلقى أسرة هؤلاء الأطفال أيضاً عدداً من الخدمات الاجتماعية والطبية. ويشير كامبل وبونجلو (Cambpell ,Pungellc) إلى أن نتائج هذا المشروع قد كشفت عندما تم إجراء الفحوص اللازمة على أولئك الأفراد الذين شاركوا فيه عندما كانوا أطفالاً، وقد بلغوا الحادية والعشرين من أعمارهم عند إجراء تلك الفحوص أنهم قد حصلوا على درجات أفضل في الجانب المعرفي، وأنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يلتحقوا بإحدى الكليات (Hallahan,Kauffman,2008).



وحريّ بالذكر أن هذا المشروع تأسس في خريف عام (1972) في مركز تطوير الطفل بكارولينا الشمالية، ولقد بدئ كمحاولة لتجميع فريق من الباحثين مختلفي الآراء الذين كان همهم توضيح أن الإعاقة العقلية يمكن الوقاية منها، وأن يفحصوا كيف أن العمليات البيولوجية والسيكولوجية تتأثر بالمحاولات الوقائية. أما الأطفال المعنيون فقد حددوا حسب مؤشر الخطورة العالية الذي تم تطويره من قبل موظفي المركز، واشتملت عوامل الخطورة على: الحالة التعليمية للأم والأب، ودخل العائلة، وغياب الأب، وسجل عمل الأب، ونسبة ذكاء الأم والأب، ومعلومات عن الإخوة والأخوات والعائلة الممتدة، وصفات العائلة الأخرى.

وقد شارك في برنامج البحث أربع مجموعات، وفي كل مجموعة تم تحديد أزواج متناظرة أو متطابقة من المشتركين بطريقة عشوائية للمجموعة التجريبية أو المجموعة الضابطة، ثم تم تزويد جميع المشتركين بإضافات غذائية وعناية مجانية، لكن الذين طبق عليهم برنامج التدخل المبكر النهاري المكثف هم أفراد المجموعة التجريبية فقط.

وهذا التدخل الذي بدأ في الشهور الثلاثة الأولى من العمر استمر حتى أصبح الطفل مستعداً لدخول المدرسة، ويتعلق بمشاركة الطفل في برنامج منظم وموجه للطفل بمعدل (6 ـ 8) ساعات يومياً، وبمعدل (50) أسبوعاً في السنة، وتركز مناهج التدخل على تعليم أنواع متعددة من المهارات لأطفال المجموعة التجريبية. وحتى الثالثة من العمر، فإن الأطفال يتلقون مناهج تتألف من أكثر من (300) بند في المجالات اللغوية والحركية والاجتماعية والذهنية. وبعد سن الثالثة يتم التركيز على مجالات العلوم والرياضيات والموسيقى والاستعداد للقراءة ثم القراءة. ويجري تعليم الأطفال الذين تقل أعمارهم عن (3) سنوات في الغالب بطريقة فردية ونسبة الأطفال إلى المعلمين في هذه المرحلة هي (3:1). وأما في المراحل اللاحقة، فإن التعليم يصبح بطريقة المجموعات الصغيرة حيث تصبح نسبة الأطفال إلى المعلمين (4:1) أو (5:1). ومع أن جميع جهود التدخل ننظر إليها الآن حسب ارتباطها بنظرية النظم العامة، إلا أنها قد وجهت نحو الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بالإعاقة العقلية أكثر من توجيهها نحو أمهاتهم وآبائهم وإخوانهم وعائلاتهم. ونتيجة لذلك، فإن معظم نتائج البرنامج تخص الأطفال أنفسهم، وأكثر النتائج ملاءمة وثبوتاً هي أن أداء أطفال المجموعة التجريبية كان أعلى بكثير في اختبارات الذكاء من أطفال المجموعة الضابطة في جميع مراحل العمر التي تزيد عن (18) شهراً. وفي التقرير الأخير وصلت ثلاث من المجموعات الأربع سن الخامسة، بتفوق أطفال المجموعة التجريبية على أطفال المجموعة الضابطة بزيادة تصل إلى (8) نقاط في نسبة الذكاء. أما في مجال المهارات الاجتماعية، وجد أن أطفال المجموعة التجريبية يتمتعون بثقة اجتماعية أكبر من أطفال المجموعة الضابطة عند سن (6) شهور و(12) شهراً و(18) شهراً من العمر حسب مقاييس سجل سلوك الأطفال. كما وجد أيضاً أن تجربة المشاركة في برامج التدخل ساعدت في جعل أطفال المجموعة التجريبية أكثر نشاطاً وأكثر فعالية في تفاعلهم مع أمهاتهم من أطفال المجموعة الضابطة.

ويبدو أيضاً أن الأمهات قد تأثرن بالبرنامج النهاري لأطفالهن، حيث أصبحن أكثر ثقافة وتعليماً من أمهات المجموعة الضابطة، مع أن التعليم كان متساويا عندما دخل الأطفال البرنامج أول مرة وليس من الواضح بالضبط لماذا حدثت هذه النتيجة أو سبب حدوث ذلك، فربما عبر الموظفون المركزون عن اهتمامهم بالتعلم بطريقة ذكية، أو ببساطة لأن أمهات أطفال المجموعة التجريبية كن غير مشغولات بالعناية بأطفالهن، ويبدو أيضاً أن التحصيل الوظيفي عند أمهات المجموعة التجريبية قد تأثر إيجابياً بوضع الطفل تحت العناية النهارية الكاملة.

ويبدو أننا نستطيع أن نستنتج دون وجل أن هذا المشروع يعتبر مجهوداً معقولاً ومتميزاً يمثل حالة مثالية لاختبار القيمة المستقبلية للأسلوب التثقيفي قبل المدرسي ذي المنهج المركزي، وكما نوه هؤلاء الباحثون فإن الزيادات الصغيرة التي حدثت يمكن أن تحدث ببرامج أقل تركيزاً وكثافة وأقل تكلفة أي برامج تولي اهتماماً وعناية أكبر للعوائد والكفاءات العائلية.

ج. مشروع ميلواكي Milwaukee Project:

الهدف من هذا المشروع تحديد هوية الأطفال المعرضين لأعلى درجة من الخطورة للإصابة بالإعاقة العقلية، وتسجيلهم في برنامج مكثف من برامج التدخل المبكر، ولقد كان المقياس الرئيس لنتائج أطفال المجموعة التجريبية درجاتهم في اختبارات الذكاء ومجالات فردية متعددة مثل (اللغة) وذلك أثناء مشاركتهم في البرنامج وأثناء التحاقهم بالمدارس الحكومية. بالإضافة إلى ذلك فقد تدخل العاملون في المشروع بأمهات أطفال المجموعة التجريبية آملين أن تصبح هذه الأمهات ذات الدخل المحدود قادرة في الحصول على وظائف وأن يربين أطفالهن بطريقة أكثر نجاحاً. ولقد بدا المشروع بمسح للإعاقة العقلية عند (سكان ميلواكي)، ووجد أن الأحياء ذات الدخل المنخفض والأحياء الواقعة في وسط المدينة هي المناطق التي ترتفع فيها نسبة الإعاقة العقلية عند الأطفال أكثر من غيرها.

ولقد شمل المشروع (40) عائلة من ذوات الخطورة العالية، من عائلات الطبقة السوداء ذات الوضع الاقتصادي المنخفض على أن يكون الطفل حديث الولادة من أم ذات نسبة ذكاء تبلغ (75٪) أو أقل. ولقد وزعت العائلات الأربعون بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والثانية ضابطة؛ فالعائلات الضابطة العشرون كانت

تختبر بشكل دوري على مدى السنين السبع التالية، دون أن تقدم لهم أية خدمات، أما العائلات التجريبية العشرون، فقد أدخلت في برنامج إعادة تأهيل واسع المجال مع التأكيد على أمرين: برنامج تعليمي مكثف للأطفال وخصوصاً في مجالات اللغة وحل المشكلات، وبرنامج إعادة تأهيل تعليمي ومهني للأمهات، ولقد بدأ البرنامج التعليمي لأطفال المجموعة التجريبية بعد أن بلغ الأطفال الشهر الثالث من العمر بقليل، وأحضر الأطفال إلى مركز خاص لمدة (8) ساعات يومياً طوال السنة. ولقد زود المركز بمدرسين دربوا خصيصاً للعمل مع الأطفال الرضع، حيث إن هذا التدخل كان مكثفاً ومباشراً وملائماً لمتطلبات كل طفل.

لقد ركز هذا البرنامج على إعادة تأهيل الأمهات على مهارات التدريب على الوظائف والقراءة والإدارة المنزلية لدى أمهات أطفال المجموعة التجريبية. ولقد شمل التدريب المهني كلاً من التدريب الوظيفي وخدمات التوزيع على الوظائف المناسبة، بينما جرى تعليم القراءة في فصول الكبار في المساء، وقد كان التدريب على مهارات الإدارة المنزلية أقل رسمية وذلك بزيارة الوالدين للباحثين المسؤولين عنهم عند الأزمات والمحن المتعلقة بالبيت أو العمل.

ولقد وجد أن نتائج برنامج Milwaukee شبيهة بنتائج مشروع Abecedarian وربما كانت أكثر وضوحاً منه. فلقد كانت نسب الذكاء عند أطفال المجموعة التجريبية أعلى منها عند أطفال المجموعة الضابطة بما يقارب من (20 ــ 30) درجة في جميع الاختبارات التي جرت بعد الشهر الثامن عشر من العمر، كما كانت المكاسب اللغوية عند المجموعة التجريبية واضحة وذات دلالة إحصائية. وكانت نتائج الأنماط المختلفة للتفاعل الاجتماعي بين أمهات وأطفال المجموعة التجريبية إيجابية فقد استطاع أطفال هذه المجموعة أن يتحدثوا مع أمهاتهم وأن يبادروا بالاتصال الشفوي بشكل أكبر من أطفال المجموعة الضابطة ولحد ما، فإن هؤلاء الأطفال النشطين كانوا هم الذين يقودون عملية التفاعل مع أمهاتهم ويأخذون زمام المبادرة فيها.

د. مشروع ييل Yale Project:

إن مشروع ييل يعد برنامجاً نموذجياً ركز على أمور مختلفة تماماً، حيث إنه برنامج دعم عائلي يتعلق بالخدمات الاجتماعية، والعناية بالطفل، والعناية اليومية التطوعية، والخدمات النفسية لعشرين عائلة من ذوات الدخل المنخفض. ولقد بدأ

البرنامج قبل الولادة واستمر حتى بلغ الطفل الشهر الثلاثين من العمر. ولقد ركز هذا البرنامج على مساعدة الأمهات على العمل مع أطفالهن بأنفسهن بخلاف المشاريع السابقة. وبالإضافة إلى ذلك، فحتى خلال برنامج التدخل، كان معظم التركيز على تكيف الطفل وليس على نسبة الذكاء أو على الإثارة العقلية بذاتها. وبالنسبة للنتائج التي حصل عليها الطفل فقد أوضح هذا المشروع أن الأثر الرئيس للتدخل المبكر يمكن أن يظهر في نجاح الأطفال المتزايد في المدرسة وفي الحياة ومع أن الأطفال الذين خضعوا للتدخل حصلوا على نسب ذكاء أعلى من النسب التي حصل عليها أطفال المجموعة الضابطة عند سن الثلاثين شهراً، وعند السنة الخامسة من العمر.

والأهم من ذلك، فإن النتائج عند سن العاشرة أظهرت أن مجموعة التدخل — وخصوصاً الأولاد منهم — قد فاقت في أدائها المجموعة الضابطة في العديد من المقاييس التكيفية والمدرسية. ولقد حصل الأولاد في المجموعة التجريبية على القليل من الخدمات المدرسية الخاصة، والتحقوا بالمدرسة بانتظام أكثر، كما اعتبروا أفضل تكيفاً حسب رأي مدرسيهم. أما أولاد المجموعة الضابطة، فقد كان تغيبهم كثيراً وواضحاً، ولم يتكيفوا جيداً من قبل مدارسهم أي لم تساعدهم مدارسهم على التكيف، وهذا البرنامج والذي كان منذ البداية موجهاً نحو تكيف الأطفال، يبدو أنه حصل على نتائج وآثار ثابتة ومتينة في هذا المجال.

وقد كانت نتائج هذا المشروع من ناحية الأسرة أيضاً لافتة للنظر ومدهشة، حيث أصبحت الأمهات أكثر تعلماً وثقافة وأكثر قابلية للتوظيف والاعتماد على النفس في شؤون أطفالهن وأسرهن بشكل عام. ومن الناحية المادية فإن فوائد برنامج ييل تفوق بكثير التكاليف اللازمة لتنفيذه. ويبدو أن هذا النوع من الأساليب التي تعتمد على العائلة كأساس لها، حسب جميع الدلائل المتاحة، أسلوب أفضل من أساليب التدخل المبكر عند الأطفال المعرضين للخطر كما أنه أفضل من تلك البرامج الأكثر مركزية والأكثر تأكيداً وتركيزاً على الإدراك وعلى الطفل.

هـ. برنامج تي دي أس آي (T.D.S.I):

بدأ تطبيق هذا البرنامج في عام (1974) تحت مسمى برنامج الرعاية الوالدية لأطفال متلازمة داون، وهو برنامج تعليمي للتدخل المبكر يهدف إلى تدريب أهالي أطفال متلازمة داون بعد الولادة مباشرة وحتى سن (3) سنوات، ويعد الأمهات والآباء

شـركاء رئيسين في العملية التعليمية لهؤلاء الأطفـال. صـمم البرنـامج مـن قبـل فريـق مختص كان من ضمن أعضائه عدد من أهالي أطفال متلازمة داون المهتمين بالموضوع، وذلك لقناعة القائمين على تصميم البرنامج بأن أكثر النـاس قـدرة علـى فهـم احتياجـات أطفال متلازمة داون هم ذووهم، ولمقدرتهم على ملاحظة وتقييم سلوكهم طوال اليوم. يقدم التدريب في البرنامج من قبل متخصصين بعضهم من الأهالي (برنـامج مـن الوالـدين للوالدين)، ويتم التدريب دون إرباك لبرنامج الأسرة اليومي، فعلى سبيل المثـال: علـى الأم أن تستغل وقت الإفطار في تدريب طفلها على كيفية استخدام الملعقة أثنـاء حـديثها معـه عن نوع الطعام وكيفية طهيه تثري محصوله اللغوي أيضاً، وبـذلك يكـون التعلـيم في أكثر الأوقات ملائماً لها ولأسرتها.

كما يرشدها البرنامج إلى كيفية إجراء تعديلات مناسبة عند استخدام أدوات إخوته؛ كرفع الكرسي بوسادة (لما قد يتصف به أطفال المتلازمة من قصر في القامة)، أو بتصميم أرضية لصينية الطعام تحول دون انزلاق الطبق عند تناول طعامه مثلاً.

يقوم البرنامج بزيارة أهالي الأطفال بداية في الأسبوع الذي يلي الولادة مباشرة من قبل أخصائية مدربة لهذه الغاية، تصمم برنامجاً تـدريبياً بالتعـاون مـع الأهـل وبنـاء علـى تقييم يجري للطفل في المجـالات: الاجتماعيـة، الإدراكيـة، الاتـصالية، العنايـة الذاتيـة، والحركية. وبعد تصميم البرنامج تتم الزيارة مرة كل أسبوعين تترك فيهـا الأخـصائية خطة تعليمية يعمل الأهالي على تطبيقها مع أبنـائهم ولكونهـا مكتوبـة يكـون بمقـدور الأهل التدريب يومياً على المهارات ومراقبة تطور طفلهم مع ضرورة الاتصال بالأخـصائية عند كل إنجاز يحققه الطفل ممـا يتيح الفرصـة لإضـافة مهـارات جديـدة أكثـر تقـدماً. لقـد حقـق البرنـامج منـذ بدايتـه نجاحـاً كـبيراً لاعتمـاده الأساسـي علـى مراحـل التطـور الطبيعي للطفل والذي يوضح تفصيليا ما ينبغي على الطفل أن يتقنه في كل شهر خـلال السنوات الثلاث الأولى من العمر (يحيى، 2006).

حادي عشر: تقييم أثر وفاعلية التدخل المبكر

يجب أن يشمل أي برنامج للتدخل المبكر للمعوقين عقلياً على الجوانب التالية:

1. نـسبة الـذكاء: مـن أكثـر المقـاييس المـستخدمة في تقيـيم الطفـل هـي نـسبة الذكاء ويكون ذلك مـن خـلال الاختبـارات المتـوافرة، ويمكـن اعتبـار نـسبة

الذكاء واحدة من أهم الأمور لتقييم البرامج بالنسبة للطفل ولكنها ليست الوحيدة.

2. الكفاءة الاجتماعية: الهدف الحقيقي لأي برنامج من برامج التدخل المبكر هو الكفاءة الاجتماعية لدى الأفراد، ويتعلق بدرجة نجاح الطفل في أداء المهمات الاجتماعية وآماله، وتوقعاته. ومن بين المجالات التي تعتبر من النتائج المهمة لبرامج التدخل المبكر والتي يمكن قياسها بسهولة ما يلي: (صحة الطفل، المعرفة والإدراك، والتحصيل الأكاديمي، وتطور الشخصية، والدافعية).

3. العائلة (الأسرة): تلعب الأسرة دوراً كبيراً من خلال المشاركة في برامج التدخل المبكر، ولا بد من تعميم آثار البرامج على العائلة. وتشير الدراسات أن برامج التدخل المبكر لها آثار مهمة على أمهات الأطفال المصابين أو المعرضين لخطر الإعاقة العقلية بسبب مشاركة أطفالهم في برامج التدخل المبكر.

ثاني عشر: توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً

لا بد للمربين العاملين مع المعوقين عقلياً أن يتذكروا دائماً أبرز الخصائص المميزة للمعوقين عقلياً، خاصة ذات الصلة المباشرة في القدرة على التعلم وتكييف المواد والأساليب التعليمية المقدمة لهم على ضوء تلك الخصائص. ولقد سبق أن تمت الإشارة إلى أبرز الخصائص التعليمية للمعوقين عقلياً كضعف الذاكرة والانتباه، وبطء معدل التعلم، وانخفاض مستوى الدافعية، والتوقع العالي للفشل.

وفيما يلي مجموعة من التوجيهات العامة للمعلمين، تهدف إلى تسهيل عملية تعلم المعوقين عقلياً والوصول بهم إلى أقصى أداء ممكن:

1. التدرج في المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل: يجب أن ينظم الموقف التعليمي بحيث يتيح أكبر فرصة ممكنة للنجاح، مساعدة المعوق عقلياً على التغلب على مشكلة توقع الفشل الناجمة عن تراكم خبرات الإحباط. وينصح دائماً بالبدء في تعليم المهمات الأسهل، ومن ثم الانتقال إلى المهمات الأكثر صعوبة. وتتضمن المهمة الواحدة في العادة مهمات

فرعية يتطلب أداؤها مهارات مختلفة، مما يجعل تعلم تلك المهمة عملية صعبة بالنسبة للمعوق عقلياً. لذا فعلى المربي أن يقوم بتجزئة مثل تلك المهمة إلى أجزائها الفرعية، وفق تسلسل أدائها، ومن ثم القيام بملاحظة أداء المعوق للمهمة قبل التدريب وتحديد الأجزاء التي لا يتقنها تمهيداً لتدريبه على أدائها تدريجياً. ويعرف هذا الأسلوب المستند إلى النظرية السلوكية في التعلم بأسلوب تحليل المهمة.

2. **تقديم المساعدة في الأداء ومن ثم تخفيفها بشكل تدريجي:** على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة للتوصل إلى الاستجابة الصحيحة حيثما برزت حاجة الطفل لذلك. وتختلف طبيعة المساعدة اللازمة من موقف لآخر؛ ففي بعض الأحيان قد تكون الإشارات اللفظية كافية كإعطاء دليل أو مؤشر على الإجابة أو إعادة صياغة التعليمات أو وصف الخطوة الأولى في السلوك المطلوب أو الإيماءات المختلفة، وفي حالات أخرى يتطلب الموقف تقديم مساعدة جسدية في الأداء مثل مسك يد الطفل أثناء الكتابة أو ارتداء الملابس. ويتم تخفيف المساعدة بشكل تدريجي أثناء التعليم إلى أن يتم إتقان ارتداء الملابس بنجاح دون مساعدة أو بأقل درجة ممكنة منها.
3. **التكرار:** للتغلب على مشكلة بطء التعلم وصعوبات الذاكرة على المعلم أن يقوم بتكرار التعليم لضمان إتقان الطفل للمعلومات أو المهارة التي هو بصدد تعليمها. وحتى لا يكون ذلك التكرار مملاً، على المعلم أن يراعي فترات ومواقف.
4. **تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من المشتتات:** للمساعدة في تحسين قدرة الفرد المعوق عقلياً على الانتباه أثناء الموقف التعليمي، يجب التقليل قدر الإمكان من المثيرات المشتتة للانتباه، وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية، وجعل فترة التدريب قصيرة بحيث لا تزيد عن (15 ـ 20) دقيقة، حتى لا يصاب الطفل بالإرهاق الذي يؤدي بدوره إلى زيادة قابلية الطفل للتشتت (القريوتي والسرطاوي والصمادي، **1995**).
5. **التعزيز للاستجابة الصحيحة:** تشير الدراسات المختلفة إلى أن التعزيز أو المكافأة على الاستجابة أو السلوك المرغوب فيه يؤدي إلى تعليم المعوقين

القيام بتلك الاستجابات بشكل أسرع مقارنة مع غياب التعزيز، وهذا يعني أنه من المفيد حين يقوم المعوق عقلياً بالفعل الصحيح أو السلوك الذي نرغب فيه أن نقدم له مكافأة على ذلك وهذه المكافأة قد تكون شيئاً مادياً مثل الحلوى أو النقود، أو قد تكون تعزيزاً معنوياً مثل المديح أو اجتماعياً كأن نسمح له أن يلعب مع الآخرين.

6. تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة: من الصعب تعليم المعوقين عقلياً أكثر من مفهوم أو مهارة واحدة في الوقت الواحد، كذلك فإن المعوق عقلياً يصعب عليه الاستيعاب إذا أعطيت له تعليمات مختلفة في وقت واحد.
7. توفير الدافعية اللازمة للتعلم: من المفيد خلق أو توفير الدافعية عند المعوق في عملية التعلم، والتي قد تتأثر بطبيعة المواد المستعملة في التدريب أو التعلم، ومدى قدرتها على التشويق، كذلك مدى ما يتعرض له الطفل من نجاح في عملية التعلم، كذلك، قصر فترة التعليم وأيضاً شخصية المعلم وطبيعة تعامله مع الطفل ومدى تقبله للطفل المعاق.
8. انتقال أثر التعليم الإيجابي: عندما يتعلم أو يتدرب الطفل على مهارة معينة، فمن المفيد أن نوفر له المجال لنقل أو تطبيق هذا التعلم إلى مجال آخر، أي لتعميم المهارة التي تعلمها أو تدرب عليها في المجالات الأخرى المشابهة.
9. الثبات في السلوك (الروتين): من المعروف أن المعوقين عقلياً يفضلون القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها وأتقنوها، فهم لا يفضلون التغيير في المواقف اليومية أو الحياتية فيميلون إلى تكرار النمط السلوكي الذي يعتادون عليه، فالعمل المتكرر (الروتين) الذي يزعج الأفراد غير المعوقين لا يؤدي إلى نفس درجة الإزعاج عند المعوقين، فهذا يعني أن النمط السلوكي اليومي الذي يقومون به في المنزل أو العمل من الأفضل أن يوفر لهم بشكل ثابت بالقدر الممكن، لأنه يسهل عليهم القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها دون الحاجة إلى تدريب جديد. أي أن قدرتهم على نقل التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر ليست بالسهولة أو المرونة التي يحققها غير المعوق (Hallahan & Kauffman, 2006).

صعوبات التعلّم Learning Disabilities:

ظهر مصطلح صعوبات التعلم لأول مرة في عام (1963) من القرن الماضي وكان أول من استخدم هذا الاصطلاح صموئيل كيرك، حيث اقترح كيرك (Kirk) الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال، صيغة التعريف وقدمها إلى اجتماع لممثلي عدد من المجتمعات المهتمة بشؤون الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي أو صعوبات في الإدراك. وتمت الموافقة على التعريف بنصه الآتي: يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطرابات أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، والكتابة، أو العمليات الحسابية، نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي(Kirk and Chalfant, 1984).

فصعوبات التعلم ليست مفهوماً موحداً ولا تمثل مجموعة متجانسة من الطلاب ولكنها تضم أطيافاً واسعة من الأفراد لا ينتظمهم رابط سوى أنهم لا يتعلمون بالطرق التي يتعلم بها الأسوياء، وتقسم صعوبات التعلم إجرائياً إلى:

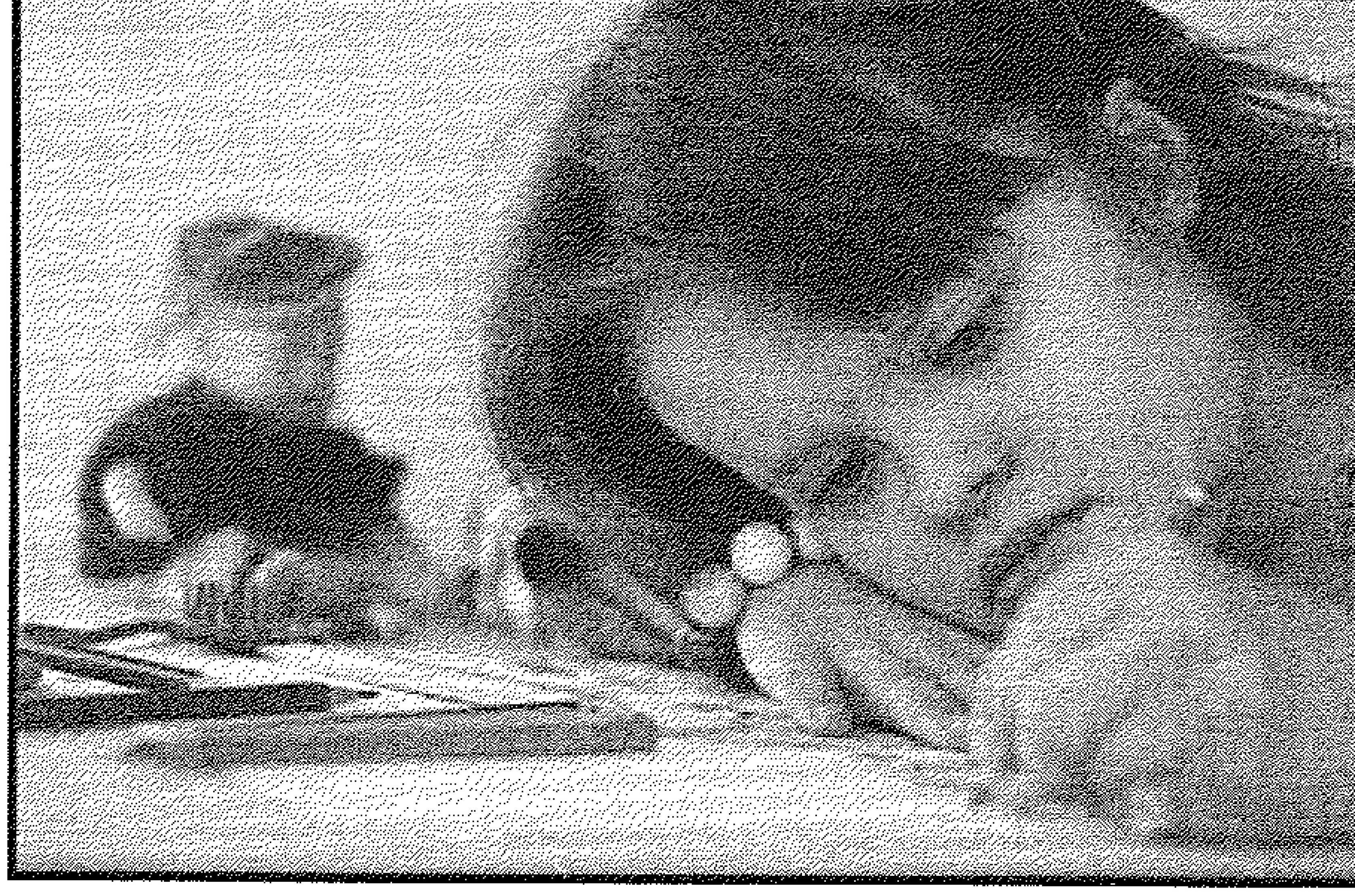
1. صعوبات تعلم نمائية: وهي تتعلق بنمو القدرات العقلية والعمليات المسؤولة عن التوافق الدراسي للطالب وتوافقه الشخصي والاجتماعي والمهني، وتشمل صعوبات (الانتباه - الإدراك - التفكير - التذكر - حل المشكلة) ومن الملاحظ أن الانتباه هو أولى خطوات التعلم ودونه لا يحدث الإدراك وما يتبعه من عمليات عقلية مؤداها في النهاية التعلم، حيث إن النظرة العلمية والموضوعية للإنسان بأنه كل متكامل وليس أجزاء متفرقة.
2. صعوبات تعلم أكاديمية: وهي تشمل صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي نتيجة ومحصلة لصعوبات التعلم النمائية، إذ إن عدم قدرة الطالب على تعلم المهارات الإدراكية السابقة يؤثر على اكتسابه التعلم في المراحل التالية من عمره.

هذا ويظهر الأطفال ذوو صعوبات التعلم مجموعة واسعة من أصناف السلوك التي تتكرر في العديد من المواقف التعليمية والاجتماعية، وصفتها كثير من المصطلحات ووضعت بها قوائم طويلة من الصفات والميزات التي تظهر بعضها على هذا الطفل أو ذاك، ولكنها لا تظهر جميعها على طفل بعينه، والتي يمكن للمعلم أو الأهل

ملاحظتها بدقة عند مراقبتهم في المواقف المتنوعة والمتكررة. حيث تعتبر ظاهرة شرود الذهن، والعجز عن الانتباه والميل للتشتت نحو المثيرات الخارجية، من أكثر الصفات البارزة لهؤلاء الأفراد، إذ إنهم لا يميزون بين المثير الرئيس والثانوي (السرطاوي والسرطاوي وخشان وأبو جودة، 2001). والحركة الزائدة وتشتت الانتباه تميّز بشكل عام الأطفال الذين يعانون من صعوبات مركبة من ضعف الإصغاء والتركيز، وكثرة النشاط، والاندفاعية، ويطلق على تلك الظاهرة باضطرابات الإصغاء والتركيز والحركة الزائدة (ADHD). وتلك الظاهرة مركبة من مجموعة صعوبات، تتعلق بالقدرة على التركيز، وبالسيطرة على الدوافع وبدرجة النشاط (Barkley, 1997). وقسم من هؤلاء الأطفال يتميزون بالتسرع في إجاباتهم، وردود فعلهم، وسلوكياتهم العامة، وتظهر لدى البعض منهم صعوبات في النطق، أو في الصوت ومخارج الأصوات، أو في فهم اللغة المحكية، حيث تعتبر الديسلكسيا (صعوبات شديدة في القراءة)، وظاهرة الديسغرافيا (صعوبات شديدة في الكتابة)، من مؤشرات الإعاقات اللغوية. كما ويعد التأخر اللغوي عند الأطفال من ظواهر الصعوبات اللغوية، حيث يتأخر استخدام الطفل للكلمة الأولى لغاية عمر الثالثة بالتقريب، كما أنهم يتعثرون في اختيار الكلمات المناسبة، ويكررون الكثير من الكلمات، ويستخدمون جملاً متقطعة، وأحياناً دون معنى؛ عندما يطلب منهم التحدث عن تجربة معينة، أو استرجاع أحداث قصة قد سمعوها سابقاً، وقد تطول قصتهم دون إعطاء الإجابة المطلوبة آو الوافية، إن العديد منهم يعانون من ظاهرة يطلق عليها بعجز التسمية (Dysnomia) (الزيات، 2002).

والأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعلمية، عادة، يفقدون القدرة على توظيف أقسام الذاكرة المختلفة، كما يواجهون مشكلة في توظيف الاستراتيجيات الملائمة لحل المشاكل التعليمية المختلفة (Lerner,2000)، ولديهم صعوبات في فهم التعليمات، وإدراك المفاهيم الأساسية مثل: الشكل والاتجاهات والزمان والمكان، والمفاهيم المتجانسة والمتقاربة والأشكال الهندسية الأساسية وأيام الأسبوع... إلخ. وصعوبات في التآزر الحسي ـ الحركي، وفي العضلات الدقيقة، كما يعانون من ضعف في التوازن الحركي العام، وبطء شديد في إتمام المهمات، وعدم ثبات السلوك، كما يعانون من الاضطراب الانفعالي والاجتماعي (Bryan, 1997).

أولاً: الأطفال المعرضون لخطر الإصابة بصعوبات التعلم



توجد العديد من العوامل التي قد تسهم في ظهور صعوبات التعلم لدى بعض الأطفال، ومن أهم هذه العوامل:

أ. العوامل البيولوجية:

وتقسم مجموعة العوامل البيولوجية إلى ما يلي:

1. العوامل الوراثية: أظهرت الدراسات أن نسبة الذين يعانون من الديسلكسيا "صعوبة القراءة" بين الذكور تفوق نسبة الإناث اللواتي يعانين منها بنسبة 1/4 أي أربعة ذكور مقابل أنثى واحدة مما ينحي العامل البيئي. بينما أشارت بعض الدراسات أن أفراد التوائم المتماثلين جينياً اشتركوا على نحو أكبر مما كان لدى التوائم غير المتماثلين جينياً في صعوبات سلوكية وصعوبات في التطور النمائي.
2. العامل العصبي: جرت محاولات للربط بين المميزات التي تظهر على بعض الأفراد الذين يعانون من صعوبات محددة في التعلم وبين التلف الدماغي الناتج عن الإصابات أو الالتهابات، وقد بدت هذه العلاقة للبعض واضحة نسبياً، وبخاصة إذا أمكن تشخيص مرض محدد.
3. الالتهابات والأمراض: الالتهابات قبل الولادة قد تؤدي إلى سلسلة من الآثار ، تتراوح بين الإجهاض أو العمى أو الصمم أو الإعاقة العقلية الحادة إلى صعوبات التعلم وغيرها من الشذوذات الطفيفة. كما أن بعض الأطفال الذين يصابون ما قبل الولادة بالحصبة الألمانية قد يظهرون أسوياء عند الولادة

ولكنهم يطورون صعوبات تعلمية أو اضطرابات لغوية وسلوكية أكثر من الإعاقة العقلية أو النقص العضوي، أما الذين يصابون بالتهاب السحايا ويشفون منها فإنهم يصابون بتلف عصبي من أنواع مختلفة، والتهاب الأذن الوسطى حيث يمكن لفقدان السمع، بل وحتى الصعوبات السمعية الصغرى أن تترك أثراً على نمو الجهاز العصبي المركزي.

ب. العوامل الكيميائية العضوية:

ظهرت بحوث كثيرة تدعم نظرية مفادها أن عمليات الأيض لها علاقة مباشرة بحدوث صعوبات التعلم، حيث يشير العلماء إلى مجموعة الأسباب التالية في هذا المجال:

- نقص سكر الدم.
- اختلال توازن بعض الأحماض ونقص بعضها.
- قصور الغدة الدرقية.
- الإصابة بالسكري.
- فقر الدم الناتج عن نقص الحديد.
- نقص الفيتامينات.
- نقص الغذاء (نقص البروتين والسعرات)؛ حيث إن سوء التغذية يمكن أن يؤثر تأثيراً مباشراً وغير مباشر على نمو الجهاز العصبي المركزي وعلى نضج الدماغ من ناحية كيميائية حيوية فيمكن أن تشوه النسبة بين وزن الدماغ ووزن الجسم، ويمكن أن تتأثر الاستجابات الإشراطية.

ج. العوامل البيئية:

إن المحيط الذي ينمو فيه الأطفال يمكن أن يؤثر بشكل غير مباشر على السلوك بإدخاله تغييرات على نمو الدماغ. إلاّ أنه لا يوجد إلى الآن دراسات قطعية تفيد بأن البيئة الفقيرة ثقافياً أو الأقل إثارة تؤدي بشكل مباشر إلى صعوبات التعلم.

د. العوامل النفسية:

توجد عوامل ومتغيرات نفسية كثيرة تسهم في صعوبات التعلم، فأطفال صعوبات التعلم قد يظهرون اضطراباً في الوظائف النفسية الأساسية مثل الإدراك الحسي، والتذكر، وصياغة المفاهيم، فمنهم على سبيل المثال من لا يستطيع إدراك الجهات، أو

تذكر المادة التي تعلمها حديثاً (ضعف الذاكرة القصيرة)، أو تنظيم فكرة مهمة أو كتابة جملة مناسبة، هذه السلوكيات متلازمات أو أعراض لخلل وظيفي (دماغي) أو مشكلة عصبية.

هـ. العوامل التربوية:

إن نجاح أو إخفاق الأطفال ذوي الصعوبات التعلمية في المدرسة، هو نتاج التفاعل بين ذوات الطلاب قوة أو ضعفاً وبين العوامل الخاصة التي يواجهونها في غرفة الصف، بما في ذلك:

- الفروق الفردية بين المعلمين.
- اختلاف طرق التدريس.
- التفاعل الصفي.
- التناسب بين حاجات الطفل التعلمية والوسائل المتاحة في غرفة الصف.
- كما تؤثر التوقعات المسبقة للمعلمين على المتعلمين وغالباً ما تكون غير صحيحة (القمش والجوالده، 2012).

ثانياً: العلاقة بين صعوبات التعلم ومشاكل السلوك الصفي

يظهر الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلمية العديد من الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية سليمة. فهم يتوقعون الفشل ويقللون من شأن أنفسهم، ويعتقدون أن أي عمل يقومون به ليس بكاف لتحقيق النجاح. ومن أكثر الاضطرابات السلوكية ارتباطاً بصعوبات التعلم هي: النشاط الزائد، والتشتت، والاندفاعية، وانخفاض مفهوم الذات، والانسحاب، والعدوانية، ومشاكل في التفاعل الاجتماعي ومشاكل في التنظيم الذاتي (NJCLD, 2002).

وتشير الصعوبات التعلمية إلى مجموعة واسعة من أنواع السلوك التي استخدم في وصفها كثير من المصطلحات ووضع للكشف عنها قوائم طويلة من الصفات والخصائص التي يظهر بعضها على هذا الطفل أو ذاك، ولكنها لا تظهر جميعها على طفل بعينه، إذ يجب النظر إلى صعوبة التعلم كمجموعة من أنماط السلوك تؤثر بمجملها تأثيراً سلبياً على الوظائف الأكاديمية أو الاجتماعية للطفل.

حيث يتميز الطلبة ذوو صعوبات التعلم بالعدوانية، وعدم الاتزان الانفعالي، والقلق، وعدم تحمل المسؤولية وعدم الثقة وضعف ضبط النفس وضعف الانتباه (الرفاعي، 1993).

إن المشاكل السلوكية ليست نوعاً واحداً أو درجة واحدة وإنما هي أنواع متعددة، ودرجات متباينة، وأشكال مختلفة، ولكن لابد من الإشارة إلى أن مشكلات السلوك متعلمة، ولها أسباب متعددة مثل: أسباب تتعلق بالطالب، أو المدرسة، أو الأسرة... إلخ.

أ. المشكلات السلوكية التي يظهرها الطلبة ذوو صعوبات التعلم داخل الغرفة الصفية:

يظهر الطلبة ذوو صعوبات التعلم داخل الغرفة الصفية عدداً من المشكلات السلوكية الصفية نوضحها فيما يلي:

- السلوكات الخطرة: وتتمثل في: القلق، والتوتر، وضعف تقدير الذات، والاكتئاب.
- العادات المضطربة: وتتمثل في: ضعف الأداء الأكاديمي، وقضم الأظافر، واضطرابات النطق.
- مشاكل غرف الصف: وتتمثل في: عدم الطاعة، والتهريج في الصف، وإزعاج الآخرين والخروج من المقعد، وتخريب الأثاث المدرسي، والصراخ والشغب، وضرب الأقران (العمايرة، 2002 ؛ يحيى، 2000).
- السلوك غير الناضج: ويتمثل في: النشاط الزائد، وتشتت الانتباه، والاندفاع والتهور، وأحلام اليقظة، وعدم التركيز.
- المشاكل مع الزملاء: وتتمثل في: العدوان، والانسحاب، والخجل، والانطواء.
- المشاكل مع المعلمين: وتتمثل في: عدم التقيد بالتعليمات، وعدم إطاعة الأوامر، واستفزاز المعلم (يحيى، 2000) .

ب. المحكات التي تستخدم في تحديد السلوكات السوية وغير السوية لذوي صعوبات التعلم:

بيّن فيدوف (Fedof,1992) المشار إليه في القمش (2007) عدة محكات تحدد السلوك غير السوي منها:

- قصور السلوك الاجتماعي: لكل مجتمع تقاليده الاجتماعية التي تنظم سلوكه أو سلوك أفراده، وحينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك "غير سوي".
- الضيق الشديد: إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والخوف كلها انفعالات سوية وحتمية، ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدي إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها "غير سوية".
- قصور النشاط المعرفي: فحينما تحدث إعاقة للقدرات كالاستدلال والإدراك والانتباه والحكم والتذكر والاتصال وتكون هذه الإعاقة شديدة يمكن وصف السلوك بأنه غير سوي.
- قصور التحكم الذاتي: ليس للأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق في سلوكهم، إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً في سلوكه "فإن الانعدام التام للتحكم في السلوك يوصف عادة بأنه سلوك غير سوي".

ثالثاً: أهمّ أساليب تدريس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة الفعالة

أ. أسلوب تحليل المهمّة (Task Analysis Procedure):

يعتبر أسلوب تحليل المهمّات من الأساليب التدريسية المناسبة للأطفال غير العاديين، حيث يعرّف أنه ذلك الأسلوب الذي يعمل فيه المعلم على تحليل المهمّة التعليميّة إلى عدد من مكوّناتها أو خطواتها بطريقة منظمة متتابعة، أو ما يسمّى بالمهمّات التعليميّة الفرعيّة حيث تحدّد نقطة البداية (المهمّة الفرعيّة الأولى) ثمّ تحدّد المهمّات الفرعيّة التالية حتى يتم تحقيق السلوك النهائي (الروسان، 2000).

ب. أسلوب تشكيل السلوك (Shaping Behavior Procedure):

التشكيل هو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجيّاً من السلوك النهائي المُراد الوصول إليه، ويشتمل على الاقتراب خطوة فخطوة من السلوك المطلوب وذلك من خلال مساعدة المتعلم على الانتقال على نحو تتابعي من السلوك الذي يستطيع القيام به حالياً (السلوك المدخلي) إلى السلوك الذي يتوخّى تحقيقه (السلوك النهائي) (الخطيب، 1992).

ج. أسلوب تسلسل السلوك (Chaining Procedure):

يُعدّ أسلوب تسلسل السلوك أسلوباً مكمّلاً لأسلوب تشكيل السلوك، وإذا كان أسلوب تشكيل السلوك يتعامل مع سلوك مكوّن من عدد من الاستجابات، فإن أسلوب تسلسل السلوك يتعامل مع عدد من أشكال السلوك المتسلسلة والمكوّنة لسلوك عام مثل كتابة فصول كتاب، أو الحصول على درجة جامعيّة، أو مدرسيّة، وتكوّن الأمثلة السابقة من عدد من الحلقات في كل منها، سلوك عام يتألف من عدد من الحلقات، حيث تمثل كل حلقة، والمتصلة بالحلقة اللاحقة سلسلة من أشكال السلوك المتسلسلة المكوّنة في النهاية إعداد كتاب يتألف من عدد من الفصول أو الحلقات، والأمر كذلك في حالة الحصول على درجة جامعيّة. وعلى ذلك يبدو الفرق واضحاً بين كل من تشكيل السلوك، وتسلسل السلوك، إذ يتعامل أسلوب تشكيل السلوك مع سلوك واحد يمكن تحليله إلى عدد من المهمّات الفرعيّة، في حين يتعامل أسلوب تسلسل السلوك مع عدد من حلقات السلوك المترابطة لتشكّل معاً سلوكاً عامّاً (الروسان، 2000).

د. أسلوب الحث (Prompting Procedure):

يُعرّف أسلوب الحث على أنه "ذلك الأسلوب الذي يتضمّن تقديم مثير تمييزي يحفز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة، خاصةً إذا اتبع الحث بالمعزّز المناسب في بداية عمليّة التعليم" (الخطيب، 2010).

فالحث هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزيّة إضافيّة بهدف زيادة احتماليّة تأدية الفرد للسلوك المستهدف، وذلك من أجل تمييزها عن المثيرات التمييزيّة المتوافرة أصلاً في البيئة. فالمثيرات التمييزيّة المساندة لا تصاحب السلوك في العادة وإنما يزوّدها للشخص شخص آخر لغاية معيّنة. بمعنى آخر، فالحث في الحقيقة هو حث الفرد على أن يسلك على نحو معيّن والتلميح له بأنه سيعزّز على ذلك السلوك (الخطيب والحديدي، 2010).

هـ. أسلوب التدريس المباشر "التعليم الموجّه" (Direct Instruction):

يُعتبر التعليم المباشر أسلوباً للتعليم الفردي، وذلك عندما يكون المربي بصدد تدريب مهارات أو سلوكات أو مفاهيم محدّدة مثل تعليم العد من واحد إلى عشرة.

و. النمذجة (Modeling):

هي عملية تعلم تتضمن تقديم إيضاحات للمتعلم ليستفيد منها ويقلدها ولكي تنجح عملية النمذجة يقوم النموذج بمراعاة العوامل التالية: عمر المتدرب وقدراته وخبراته السابقة.

هذا ويتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الأفراد الآخرين. ويتعلم الإنسان عدداً من الأنماط السلوكيّة، مرغوبة كانت أم غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، ويسمّى التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوك الآخرين بالنمذجة. كذلك تسمّى عمليّة التعلم هذه بمسميّات مختلفة منها: التعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعي، والتقليد، والتعلم المتبادل، وقد تحدث النمذجة عفوياً أو قد تكون نتيجة عمليّة هادفة وموجّهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معيّن بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يُطلب منه الملاحظة والتقليد. كذلك فالنمذجة عمليّة حتميّة، فالأبناء يقلدون الآباء، والطلاب يقلدون المعلمين، والمتعالجون يقلدون المعالجين، وهكذا.

ز. تعليم الأقران (Peer Tutoring):

ومن الاستراتيجيات التدريسية الفعّالة استراتيجية تدريس الأقران؛ حيث بدأت هذه الاستراتيجية تأخذ مكانة مهمة في بيئة التعلم، حيث يعمل المتعلمون فيها سوياً في مجموعات صغيرة بهدف إنجاز مهام أكاديمية محددة، وإذا ما طبق تدريس الأقران بصورة مناسبة فإنه يسهم في تنمية التحصيل الأكاديمي وتنمية المهارات الاجتماعية وتقدير الذات بصورة إيجابية.

ويعتبر التدريس بتوجيه الأقران من أساليب التوجيه في التربية والتدريس المصغّر، حيث يستخدمه المعلمون والطلبة لتنمية قدراتهم المهنية معتمدين في ذلك على استثمار خبراتهم الذاتية وتبادل هذه الخبرات بصورة جيدة فيما بينهم في إطار من الثقة والاحترام والمحبة، وذلك من خلال قيام أحد الطلاب بالتدريس فيما يقوم الزميل الآخر بملاحظته أثناء قيامه بالتدريس وتدوين ملاحظاته بهدف تقديم المساعدة له وتوجيهه الذي يؤدي إلى تحسين أدائه، فهو توجيه يقدّم الفرصة للطلاب لكي يعملوا معاً متعاونين بصورةٍ إيجابية لتحسين مهاراتهم واتجاهاتهم التعليمية (القمش، 2007).

ح. استراتيجية تدريب الحواس المتعدّدة:

يقصد بهذه الاستراتيجية أن يقوم المعلم أو المدرِّب بالتركيز على حواس الطفل جميعها في تدريبه على المهارات أو تدريسه، مستعيناً بالوسائل التعليميّة المرتكزة على الحواس السمعيّة أو البصريّة أو... إلخ. ويرتكز هذا الأسلوب على مبدأ أن الطفل سوف يكون أكثر قابليّة للتعلم عندما تستخدم أكثر من حاسة واحدة من حواسه في تعلمه. ويُعتبر أسلوب فرنالد (Ferland) المسمّى بأسلوب (VAKT) نموذجاً لهذه الاستراتيجية؛ حيث (V) تمثل البصر (Visual) و(A) تمثل السمع (Auditory) و(K) تمثل الإحساس بالحركة (Kinesthatic) و(T) تمثل السمع اللمس (Tactual). في الخطوة الأولى من هذا الأسلوب يحكي الطفل قصة للمدرِّس ثمّ يقوم المدرِّس بكتابة كلمات هذه القصة على السبورة ويطلب من الطفل أن ينظر إلى الكلمات (البصر)، ثمّ يستمع إلى المدرِّس عندما يقرأ هذه الكلمات (السمع) ثمّ يقوم الطفل بقراءتها (النطق)، وأخيراً يقوم بكتابتها (اللمس والإحساس بالحركة) (السرطاوي، وسيسالم، **1987**).

ط. تكييف التعليم:

تتطلب طبيعة المشكلة التي يعاني منها بعض الأطفال المعوّقين تكييف الأساليب التدريسيّة لتتلاءم مع طبيعة الفرد المعوّق، كذلك تصميم وسائل وأدوات تعليميّة خاصّة أو تكييف وتعديل الوسائل التعليميّة التقليديّة.

ويُشير الخطيب والحديدي (2010) إلى أن تكييف التعليم يشمل الجوانب الأساسيّة التالية:

- تعديل الحصص لتلبي حاجات الأطفال.
- تعديل معدل السرعة في تقديم المحتوى الدراسي.
- توفير التعليم الإضافي.
- مراجعة المعلومات.

ومن الأدوات والوسائل التي قد تلزم تلك المخصّصة للأطفال الذين لا يستطيعون الكتابة باليد؛ لأن ضعفهم الحركي يمنعهم من حمل أدوات الكتابة، كذلك بعض الأطفال يظهرون حركات لاإراديّة غير منتظمة وهم بحاجة إلى أدوات خاصة لتثبيت الأوراق، كما يحتاج بعض الأطفال إلى أدوات معدّلة لتأدية مهارات العناية بالذات، وثمّة أطفال معوقون يحتاجون إلى أدوات مكيّفة للتواصل مع الآخرين بطرق بديلة.

ي. التنظيم الذاتي:

إن من أهم الخصائص التي تميز الإنسان أنه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته ناتجة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه، ومن خلال دوره كمؤثر، وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك قوة رئيسة في توجيه ذاته (عبد الستار، **1994**).

ويعتبر التنظيم الذاتي أسلوباً يمكن استخدامه بنجاح مع الأطفال العاديين والأطفال الموهوبين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية الانفعالية، وهو أسلوب فعّال في علاج عدد من المشكلات السلوكية والأكاديمية (**Grandvold,1994**).

وتقترح ليرنر مجموعة من الأساليب الفعالة في مساعدة هؤلاء الطلبة على تعليم مهارة تنظيم الذات:

1. توجيه الطلبة لوضع الأشياء في أماكن محددة.
2. تزويد الطلبة بقائمة بالمواد التي يحتاجون إليها لتأدية المهمة التعليمية.
3. تزويد الطالب بجدول زمني معروف وواضح ليتسنى له معرفة ماذا يفعل ومتى يفعله.
4. التأكد من حصول الطلبة على التعيينات الدراسية المنزلية قبل أن يغادروا المدرسة.
5. تزويد الطلبة بملف لتنظيم الأشياء فيه.
6. استخدام لون مختلف لكل مادة من المواد الدراسية في الملف.

رابعاً: التدخل المبكر وصعوبات التعلم

يشير السرطاوي والسرطاوي (1988) إلى وجود طرق علاجية تربوية Educational Therapy يمكن توظيفها بفعالية مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم وهي:

1. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها.
2. التدريب القائم على العمليات النمائية النفسية.
3. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها والعمليات النمائية النفسية.

وقد تحتاج بعض حالات صعوبات التعلم إلى التدخل الطبي Medical Therapy كما في حالات ضعف التركيز ونقص الانتباه وفرط الحركة، وسوف يتم إبراز التدخل الطبي بشكل مفصل.

التدخل الطبي Medical Therapy:

حيث تتناول الأساليب الطبية بعض المظاهر ذات العلاقة بصعوبات التعلم ولا تتناول الصعوبة بحد ذاتها، أي أنها أساليب غير مباشرة فهي تعالج النشاط الزائد وتشتت الانتباه والاندفاعية والافتراض الأساسي الذي تقوم عليه إجراءات العلاج هو أن صعوبات التعلم ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكيميائي في الجسم.

ويشمل التدخل الطبي على أساليب متعددة أهمها:

أ. العلاج بالعقاقير الطبية: لقد وجد أن بعض العقاقير الطبية التي تعرف بأنها منشطات للبالغين ذات أثر عكسي على الأطفال مفرطي النشاط، أي أن تلك العقاقير المنشطة للبالغين ذات أثر مهدئ على أولئك الأطفال. وتختلف فاعلية تلك العقاقير من طفل لآخر. لذا من غير الممكن التعميم بأن عقاراً ما ينفع في علاج مختلف الحالات، ومن أشهر العقاقير المستخدمة في هذا المجال الريتالين والديكسدرين والسايليرت (**Lerner, 2000**).

ب. العلاج بضبط البرنامج الغذائي: يعتبر فينجولد (Feingold) صاحب هذا الأسلوب ويرى أن المواد الملونة والحافظة ومواد النكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصير وغيرها من المواد الكيماوية المضافة تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال. وعليه يجب ضبط البرنامج الغذائي بحيث لا يشتمل على مثل هذه المواد الكيماوية. وينادي فينجولد بالتقليل من استخدام هذه المواد في الصناعات الغذائية لمصلحة الجميع، حيث إن آثارها السلبية لا تقتصر على ذوي صعوبات التعلم، وتتفق معظم المصادر بأن هذا الأسلوب في العلاج لا زال يفتقر إلى السند العلمي المقبول.

ج. العلاج عن طريق الفيتامينات (**Megavitamins**): ويقوم هذا الأسلوب في العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات. وظهر هذا الأسلوب في العلاج في أوائل السبعينيات حيث كان يستخدم في علاج بعض حالات ذهان الطفولة. ويشير أنصار هذا الأسلوب إلى أن جرعات الفيتامينات للأطفال ذوي صعوبات التعلم تظهر تحسناً في فترة انتباههم وخفضت من درجة الإفراط في النشاط (**الشايع، 2006**).

الفصل السادس
خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الحسية

- تمهيد .
- الإعاقة السمعية .
- الإعاقة البصرية .

الفصل السادس

خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الحسية

تمهيد:

يتناول هذا الفصل خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الحسية من مثل الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وفئة الصم المكفوفين.

الإعاقة السمعية Hearing Impairment:

الإعاقة السمعية عبارة عن قصور في السمع بصفة دائمة أو غير مستقرة، إذ تؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي للفرد (Ysseldyke & Algozzine,1995)، وهي تشمل كلاً من:

- الضعف السمعي (Hard Of Hearing): حيث يعرف القريطي (2001) ضعاف السمع "بأنهم أولئك الذين لديهم قصور سمعي أو لديهم بقايا سمعية، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام معينات سمعية أو دونها".
- الصمم (Deafness): يعرف سميث (Smith,2004) الشخص الأصم بأنه الشخص غير القادر على سماع الأصوات وإدراكها في البيئة المحيطة سواء باستخدام المعينات الطبية أو دونها، كما أنه غير قادر على استخدام السمع كطريقة أولية في اكتساب المعلومات من البيئة.

ويتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية، ولا عجب في ذلك حيث إن الصعوبة تظهر في جوانب النمو اللغوي، وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعياً، وترجع إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة.

ويعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الحاسمة في تحديد درجة التأخر في النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة وقبل اكتساب اللغة يواجهون عجزاً في تطور اللغة منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصواتاً ويقومون بالمناغاة كباقي أقرانهم من الأطفال السامعين.

هذا وتشير معظم الدراسات أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد. كما أشارت الدراسات إلى أن المعوقين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية (Hallahan & Kauffman, 1994). كما يلاحظ الانخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لديهم (Ysseldyke & Algozzine, 1990). ويعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو اثنين، لذلك فهم يميلون إلى العزلة، وكذلك يعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنةً بأقرانهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد (Kirk & Gallaugher, 1989).

وتوجد نسبة أمية لا بأس بها بين الصم الكبار وتتركز بين الفتيات الصم ونقصد هنا بالأمية الأفراد الذين لا يجيدون القراءة والكتابة، مع العلم بأن الغالبية العظمى من الصم العرب لا يتقنون سوى القراءة والكتابة دون فهم الكثير من الكلمات وذلك لعدم فهمهم معانيها أو عدم توافر الصور الدماغية بمخيلتهم. ومن الأسباب المؤدية لارتفاع نسبة الأمية عند الصم الكبار تمركز المعاهد والمدارس الخاصة بالصم في المدن الرئيسة، مما حرم الصم الذين يقطنون في المناطق البعيدة من فرص التعليم المتاحة، وتزداد هذه المشكلة عند الفتيات. ومن المؤسف الإشارة أن التمايز يظهر بشكل جلي بين نساء الحضر ونساء الريف في مستوى التعليم والتدريب مما أوجد هوة واضحة بين تعليم الفتيان والفتيات لأن الفتيات يواجهن صعوبة الخروج من البيت وقيود العادات والتقاليد وخوف الأهالي المبرر في بعض الأحيان.

أولاً: تصنيف الإعاقة السمعية

أ. التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:

1. الفقدان السمعي التوصيلي (Conductive Hearing Loss): وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن

الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل.

2. الفقدان السمعي الحسي عصبي (**Sensorineural Hearing Loss**): وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي. تكمن المشكلة في هذا النوع من أن موجات الصوت إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ، وعادة فإن درجة الفقدان السمعي في هذا النوع تزيد عن (70) ديسبل.
3. الفقدان السمعي المختلط (**Mixed Hearing Loss**): يسمى الفقدان السمعي بالمختلط إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمعي توصيلي وفقدان سمعي حسي عصبي في الوقت نفسه.
4. الفقدان السمعي المركزي (**Central Hearing Loss**): ينتج الفقدان السمعي المركزي في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ.

ب. التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية:

1. صمم ما قبل تعلّم اللغة (**Prelingual Deafness**).
2. صمم ما بعد تعلم اللغة (**Postingual Deafness**).

ج. التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي:

وتصنف الإعاقة السمعية حسب هذا البعد إلى أربع فئات بحسب شدة الفقدان السمعي (حسب درجة الخسارة السمعية) والتي تقاس بوحدة بالديسبل (**Decible**) هي:

1. فئة الإعاقة السمعية البسيطة (**Mild Hearing Impaired**): وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20 ـ40) وحدة ديسبل (**20-40 dB Loss**).

2. فئة الإعاقة السمعية المتوسطة (**Moderately Hearing Impaired**): وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40 ـ 70) وحدة ديسبل (70-40 dB Loss).
3. فئة الإعاقة السمعية الشديدة (**Severely Hearing Impaired**): وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70 ـ 90) وحدة ديسبل (70 -90 dB Loss).
4. فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً (**Profoundly Hearing Impaired**): وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن (92) وحدة ديسبل (92 dB Loss) (القمش، 2000؛ الروسان، 2001).

ثانياً: أسباب الإعاقة السمعية

تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيستين من الأسباب: الأولى: مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية، والثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية. وفيما يلي عرض لأهم أسباب الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف:

- الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية): وأهم هذه الأسباب اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين (RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين.
- الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية: والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها، وأهم هذه الأسباب:
  - أ. الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل.
  - ب. التهاب الأذن الوسطى (Otitis Media).
  - ج. التهاب السحايا (Meningitis).
  - د. العيوب الخلقية في الأذن الوسطى.
  - ه. الإصابات والحوادث.
  - و. تجمع المادة الصمغية.
  - ز. سوء تغذية الأم الحامل.
  - ح. تعرض الأم الحامل للأشعة السينية.
  - ط. تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب.
  - ي. نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (الجوالده، 2012 ـ أ).

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية بحسب مكان الإصابة في الأذن، وهناك يمكن أن نميز مجموعتين من الإصابة (الروسان، 1994):

أ. إصابة طرق الاتصال السمعي: وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الاتصال السمعي أو التوصيلي.

ب. إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي: وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الاتصال الحسي العصبي، وذكر القمش (2000) أنه غالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية.

ثالثاً: صعوبات رعاية المعوقين سمعياً

- الافتقار إلى التعاون بين الجهات الرسمية وغير الرسمية التي تقدم الخدمات والبرامج التربوية والتأهيلية، فليس هناك آلية فاعلة لتنسيق الخدمات وتكافلها والحيلولة دون حدوث الازدواجية والتدخل.
- غياب المفاهيم والأسس الفلسفية الموحدة المتفق عليها، والتي من شأنها توجيه الجهود المبذولة نحو تحقيق أهداف محدودة.
- وجود هوة واسعة بين البرامج التربوية والبرامج التدريبية المهنية، فبوجه عام ينصب الاهتمام حالياً على تعليم المعوقين سمعياً صغار السن في حين أن الأشخاص الأكبر سناً لا تتوافر لهم الخدمات والبرامج التربوية.
- عدم وجود جهات أو دوائر رسمية تقوم بإصدار الرخص أو إجازات العمل وبالتالي عدم وجود آلية للتحقق من الميدان لا يعمل فيه غير المؤهلين وعدم وجود آلية لتحقيق المساءلة.
- وجود نقص هائل على صعيد بعض المهن المساندة لعمليتي التربية الخاصة والتأهيل مثل العلاج النطقي، أو التربية الرياضية.

رابعاً: البرامج التربوية لذوي الإعاقة السمعية

تسعى البرامج التربوية للأطفال المعوقين سمعياً إلى تحقيق الأهداف التربوية العامة التالية:

1. تحقيق مهارات لغوية كافية.
2. تحقيق الصحة النفسية.

3. تحقيق التواصل والكلام المفهوم.
4. تحقيق التواصل السهل مع الأقران.

يذكر الجوالده والقمش (2012) أنه ونتيجة لتطور التقنيات الحديثة ظهرت الكثير من البرامج والأجهزة التي تيسر سبل التعليم للمعوقين بشكل أكثر سهولة وأكثر قبولاً، وقد يعزى ذلك لعدم الحاجة للتواصل معهم بجميع طرق التواصل الإنسانية (البصر والسمع والكلام والحركة)، بل يكتفى بواحدة أو اثنتين من هذه الطرق نظراً لوجود الإعاقة، فعن طريق التعلم الإلكتروني تم تصميم وتأليف مقررات إلكترونية تناسب الإعاقة بتباينها.

والمهتم بشؤون الأفراد ذوي الإعاقة يلاحظ أن هناك خللاً وثغرات في المناهج الحالية، فهناك خلل واضح بين الأهداف والمحتوى؛ فالأهداف تتحدث على وضع منهج خاص تعليمي وتدريبي متنوع يتفق وطبيعة الإعاقة ويلائم هذه الفئة، التي تسعى كل الجهود من أجل تحقيق النمو السوي لجميع جوانب شخصية المعاق سمعياً، وزرع الثقة في نفسه وجعله يتقبل إعاقته، وتنمية مهارات التواصل بينه وبقية أفراد المجتمع، والتأكيد على المكانة الاجتماعية بصفته فرداً في المجتمع له من الحقوق ما لغيره وعليه من الواجبات ما تمكنه قدراته، بالإضافة إلى العمل على مساعدته للتكيف والاندماج في المجتمع، وتنمية المهارات المعرفية المختلفة لديه مثل إتقان الكتابة والتعبير واللغة والمهارات الحركية.

أما المحتوى فهو مأخوذ من التعليم العام، حيث يتم تدريس هذا المنهج في فصول عادية بوسائل عادية للأفراد ذوي الإعاقة السمعية مع صرف معينات سمعية تلائم قوة السمع بعد التشخيص الدقيق للأفراد. كما أن بعض المعاهد تتوافر فيها فصول سمع جماعية وأجهزة تدريب نطق خاصة، أما البرامج الملحقة بمدراس التعليم العام فلا تتوافر فيها الأجهزة والوسائل السمعية. والثغرة الثانية الموجودة بين عناصر المنهج أن أغلب الوسائل هي وسائل عادية؛ فهي أما ورقية باجتهاد المعلمين أو وسائل تقليدية مثل البروجكتر والأوفرهد، أما الوسائل السمعية فهي قليلة جداً في المعاهد القديمة ولا نجد أثراً للأجهزة الحديثة والتي خصصت للمعاقين سمعياً. وتعتبر الأجهزة السمعية والوسائل التعليمية هي طاقة التنوير التي تنفذ عن طريقها المعلومات والمهارات إلى ذهن المعاق سمعياً فإذا انقطعت أو أصابها عطب ضلت المعلومات طريقها، واتضحت الفجوة بين أداء المعلم واستجابة

الطالب، خاصة وأنه لا توجد دورات مستمرة أو مكثفة للمعلمين للاطلاع على أحدث الطرق في تعليم المعاقين سمعياً خاصة أن نسبة كبيرة من العاملين في المعاهد والبرامج هم معلمون محولون من التعليم العام وغير متخصصين في تدريس هذه الفئة.

وتذكر كلارك (Clark, 2003) ارتفاع نسبه الأمية بين الصم الكبار وخاصةً الإناث منهم لأسباب كثيرة منها: الظروف الأسرية للأصم أو عدم وجود مدرسه متخصصة في منطقته... إلخ. ولقد أثبتت الدراسات وتجارب الآخرين بأن الصم يستطيعون مواصلة دراستهم الجامعية إذا ما هيئت لهم الظروف المناسبة. وهنا لابد من التنويه أن لغة التفاهم هي أهم عوائق الأصم على حين أن التعليم هو منفذه، أما بالنسبة لوضع الخدمات التربوية الخاصة للأشخاص المعوقين سمعياً في البلاد العربية نلاحظ أن هناك تطوراً ملحوظاً قد حدث في السنوات الأخيرة إلا أن هذا التطور لم يرتقِ لمستوى طموح هذه الفئة في التحصيل العلمي، وما زال صوتهم غير مسموع ولسان حالهم لم يستطع شرح متطلباتهم، ونحن بحاجة للوقوف مع النفس من متخصصين وتربويين وواضعي السياسات التربوية لتقييم المناهج المقدمة للصم.

خامساً: المقومات الأساسية لبرامج التدخل المبكر للمعوقين سمعياً

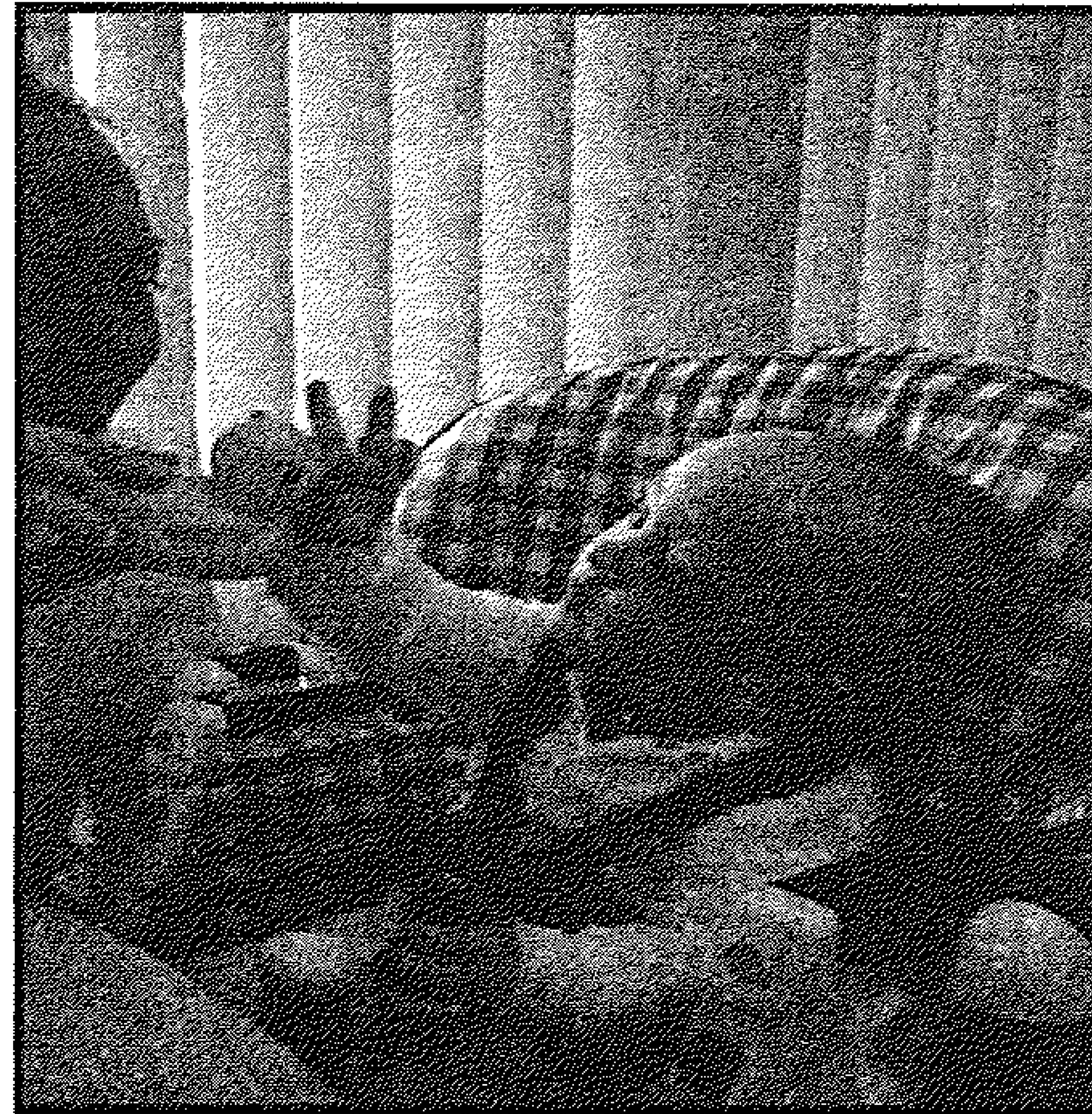
ينبغي للمسؤولين عن وضع وتصميم برامج التدخل المبكر الملائمة لصغار الأطفال الصم الذين لم يبلغوا بعد سن المدرسة العمل على أن تهدف هذه البرامج بصفة أساسية إلى تسهيل نموهم اللغوي وبناء وتأسيس وتطوير مهاراتهم اللغوية والتواصلية. ولكي نضمن لهذه البرامج فرصة النجاح في تحقيق هذا الهدف فإنها ينبغي أن تقوم على المقومات الرئيسة التالية:

- إتاحة بعض الاستراتيجيات التي يمكن للمسؤولين الاختيار من بينها لتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية والتدريبية للصغار الصم وآبائهم.
- إرشاد الآباء وتوعيتهم بأهمية الكشف المبكر عن أطفالهم المعوقين سمعياً والصعوبات التي قد تعترضهم في سبيل هذا الكشف.
- إرشاد الآباء وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.

- تقديم الإرشاد النفسي والعلاجي للآباء الذين قد يحملون إلى البرنامج مشاعر سلبية أو مَرَضيّة ناجمة عن ابتلاء أحد أفراد أسرهم بكارثة الصمم، والتي قد تؤثر على تعاملهم بفعالية مع أطفالهم.
- اختيار المدرسين الأكفاء الذين تلقوا تدريباً وإعداداً جيداً للعمل في هذا البرنامج.
- وضْع خطة لتدريب هؤلاء الصغار على التواصل في المنزل مع أسرهم وذويهم، وبناء منهاج لتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل قائم على أساس من مبادئ النمو اللغوي العادي وأسسه، وفي إطار من الأوضاع والخبرات المنزلية والأسرية الطبيعية التي ينمو في ظلها الأطفال العاديون.
- إتاحة عدد من الطرق والبدائل التواصلية التربوية التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يلائم خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل من أطفالهم.
- تزويد كل طفل مشترك في البرنامج بمعين سمعي ملائم يكفل له تكبير الصوت وتضخيمه (الصفدي، 2003).

سادساً: التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة السمعية

يشمل التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.



يقصد بالتدخل المبكر بمفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل: خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة، ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي، حيث يكون الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التقليل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوافرة محلياً، إضافة إلى إمكانية شمولها على تعزيز وتطوير برامج التوعية الاجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقات السمعية.

ومن المعروف أن التدخل المبكر يلعب دوراً حيوياً وبارزاً في منع أو الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقات، ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس واجب الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة السمعية للطفل مستقبلاً. ومن أجل ذلك وضع الأخصائيون عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو احتمال حدوث الإعاقة السمعية، وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات:

1. إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
2. ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.
3. التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
4. الميل للحديث بصوت مرتفع.
5. استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
6. الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
7. عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.
8. الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو حذف بعض الحروف.
9. الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.
10. عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.
11. الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.
12. ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفوية.

13. عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك التي تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية (Smith, 2001).

سابعاً: أهداف برامج التدخل المبكر للمعاقين سمعياً

1. تطوير لغة الطفل المعوق سمعياً وتنمية قدرته على الكلام منذ أصغر سن ممكن.
2. تطوير القدرات الحركية العامة والدقيقة للطفل.
3. مساعدة الطفل على الاستفادة من قدراته السمعية المتبقية بأقصى ما تسمح به حالته عن طريق استخدامها المعينات السمعية ومكبرات الصوت والتدريب السمعي.
4. تعليم الأطفال لغة الشفاه في سنٍ مبكرةٍ من أجل مساعدتهم على إدراك اللغة المنطوقة.
5. اكتساب اللغة وتنميتها بالوسائل المتنوعة سواءً أكانت الوسائل لفظية أم شفهية أم لغة إشارية.
6. تطوير المهارات الاجتماعية وذلك بفعل التصرف المناسب في المواقف الاجتماعية والتواصل مع الآخرين والقيام بالمهارات الحياتية اليومية.
7. تطوير القدرة البصرية لدى الطفل المعاق سمعياً بسبب اعتماده عليها في إدراك وتمييز المثيرات (القريوتي، 2003. الجوالده 2012 ـ أ).

ثامناً: أهمية التربية المبكرة في حياة الأفراد المعوقين سمعياً

1. إن مرحلة الطفولة المبكرة هي فترة نمو حرجة يكون الفرد فيها في ذروة استعداده وقابليته للنمو والتطور والتغير، ويعد الاكتشاف المبكر للحالات أساساً لوضع البرامج التربوية المختصة بالتدريبات السمعية وتدريبات النطق والكلام وتطوير المهارات الاجتماعية ودعم واستغلال أية قدرات سمعية متبقية لديه، وأن تعلم اللغات في هذه المرحلة يتناسب والنشاط الفسيولوجي العصبي للدماغ، ويكون التعلم أسهل وأكثر فعالية حيث يظهر النطق الطبيعي الجيد في هذه المرحلة، ولهذا العمر تأثير كبير على التذكر اللغوي من الأعمار التالية.

2. توفير المثيرات البيئية الملائمة والمتغيرات المحيطة التي تقدمها برامج التربية المبكرة لذوي الإعاقة السمعية والتي تعمل على الوقاية من أخطار مضاعفة حالة الإعاقة على الفرد.
3. التربية المختصة المبكرة تساعد الأسرة على تقبل وتفهم حالة الطفل وتوفر له جواً تعليماً مناسباً، حيث تتعلم الأسرة كيفية التعامل مع طفلها قبل أن تتطور لديه أنماط سلوكية وردود فعلٍ غير مناسبة وتساعد الأخوة والأخوات على التفاعل والتواصل بطريقة فعالة مع أخيهم المعوق سمعياً وتساعدهم على التكيف من النواحي النفسية والاجتماعية مع حالة الإعاقة.
4. تشير الأبحاث والدراسات إلى أن تقديم الخدمات التربوية بوقتٍ مبكر للأطفال المعوقين سمعياً يعمل على خفض التكاليف والنفقات ويقلل من الحاجة لمراكز التربية المختصة المعروفة بتكاليفها الباهظة.
5. يتأثر التقدم الذي يحرزه الأطفال المستفيدون من برامج التربية المبكرة بعدة عوامل منها شدة الإعاقة وخصائص الطفل المعوق ومدة وفترة تربيته، فكلما كانت درجة الإعاقة بسيطة وتمتع الفرد بخصائص تكيفية مناسبة وفترة التربية المبكرة أطول وأكثر زاد ذلك من درجة تكيفه وإظهاره تغيرات سلوكية طويلة المدى نسبياً (القريوتي، 2003).

وفيما يلي سوف نتناول بالإيضاح والتفصيل كل مقَوِّم من هذه المقومات:

المقوِّم الأول: في نطاق هذه المقومات عموماً، ولكي يتم لبرنامج التدخل المبكر تحقيق أقصى قدر ممكن من النجاح في مساعدة صغار الأطفال الصم على تنمية مهارات اللغة والتواصل في السنوات المبكرة من عمرهم فإن المختصين في إعداده وتصميمه قد اقترحوا عدداً من الأُطُر والبدائل الإستراتيجية مثل "المدرس الزائر" Visiting Teacher و"الوضع المنزلي المدرسي" School-House Setting" والتي يمكن كذلك لكل ثقافة من الثقافات المختلفة الاختيار من بينها بما يلائم إمكاناتها وتطلعاتها ومنظوماتها الخاصة من القيم الدينية والاجتماعية والثقافية والتربوية (Streng & Rourke.,1985).

المقوم الثاني: يتطلّب الإسراع العاجل في مساعدة صغار الأطفال المعوقين سمعياً على تنمية مهارات اللغة والتواصل ضرورة تبصير آبائهم بأهمية التعرف المبكر على

الفقدان السمعي لدى هؤلاء الصغار واكتشافه في وقت مبكر قبل أن تستفحل خطورة الآثار المترتبة عليه.

وفي أول مرة يلتقي فيها الآباء بالمختصين العاملين في البرنامج ينبغي إرشادهم وتوجيههم إلى أن الكشف المبكر عن إعاقة الطفل الأصم وتشخيصها ومعالجتها طبّياً ـ إن أمكن ـ يعدّ الخطوة الجوهرية الأولى لتهيئة أفضل الظروف الممكنة للتدخل المبكر لتنمية مهاراته اللغوية والتواصلية.

إذ ينبغي إرشادهم إلى أن الطفل الوليد عندما لا يستجيب للأصوات العالية ولا يبدي قدرة على الكلام في الوقت المناسب فإن مَن حولَه ينزعون عادة إلى استنتاج أن هنالك أمراً غير عادي يحدث مع هذا الطفل. غير أن معظم الرُّضَّع من الأطفال الصم لا يكادون يقِلّون عن أقرانهم من الأطفال العاديين في التنبه والاستجابة لآبائهم وأمهاتهم وأشقّائهم، حيث تعوضهم حاستا البصر واللمس وأحاسيس ومشاعر أخرى عما يعانونه من عجز عن السمع، مما يعني أن الآباء والأمهات لا يكتشفون بسهولة أن أطفالهم يعانون من مشكلة في حاسة السمع (الدماطي، **2004**).

وحتى إذا عُرِض الطفل الرضيع على أرباب التشخيص المختصين في قياس السمع واختباره فإنه من المحتمل ألا يدركوا أنه طفل أصم، لأنه يستخدم سائر حواسه ويستجيب للضوضاء المنبعثة من حوله باستجابات سلوكية لا تختلف عن سلوك أقرانه من الصغار العاديين المتمتعين بسمع سليم.

المقوم الثالث: ويشمل هذا المقوم إرشاد الآباء المنضمين للبرنامج وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.

وفي لقاءاتهما الأولى بالعاملين في البرنامج فإن أول ما يتبادر إلى ذهن الوالدين بعد أن يتحققا من أن طفلهما أصم هو ما إذا كان سيتعلم الكلام أم لا، ولذلك فإن السؤال الأول الذي يطرحانه عادة هو "هل سيتكلم طفلي؟". ونظراً إلى أنه من الصعب دائماً أن نعرف كيف سيتم للطفل الأصم اكتساب مهارات الكلام فإنه ينبغي للعاملين في برامج التدخل المبكر أن يتوخُّوا جانب الحيطة والحذر من إعطاء جواب قاطع عن هذا السؤال، وأن يستعيضوا عن ذلك بتركيز اهتمام الوالدين على ما

يمكنهما عمله من أجل مساعدة طفلهم على النمو نفسياً ولغوياً وتواصلياً واجتماعياً في المستقبل القريب.

ويوصي المختصون بألا يكون دور الآباء والأمهات في هذا البرنامج التدريبي نسخة شبيهة بدور المعلمين العاملين فيه، والذين يستخدمون أنشطة ومواد ووسائل قد تكون غريبة نوعاً ما عن البيئة المنزلية الطبيعية لمدة ساعة واحدة أو نصف ساعة يومياً فعلى النقيض من ذلك ينبغي تشجيع الآباء على القيام باستمرار بممارسة أنشطة تواصلية طبيعية تستثير في أطفالهم تعلم اللغة والتواصل.

المقوم الرابع: أما المقوم الرابع من مقومات برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال الصم فهو يتعلق بتقديم الإرشاد النفسي والعلاجي لمن يحتاجه من الآباء بما يضمن تكوين اتجاه إيجابي سليم نحو أطفالهم الصغار المعوقين سمعياً، وبما يساعدهم على التخلص من اتجاهاتهم السلبية أو مشاعرهم المَرَضيّة الناجمة عن إصابة أحد أفراد أسرهم بالصمم، وعلى الرغم من أن هذا الجانب الإرشادي العلاجي من برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل غير معهود في نظمنا التربوية الخاصة، وعلى الرغم كذلك مما يستلزمه هذا الجانب من تكاليف باهظة وجهود متخصصة، إلا أنه ينبغي للمسؤولين عن برامج تربية المعوقين سمعياً الاقتناع بأن الثمار المرجوّة من ورائه تفوق إلى حد كبير تلك التكاليف والجهود اللازمة لتقديمه، خاصة وأنه يسهم في التعامل بفعالية مع المرحلة المبكرة من حياة الطفل الأصم والتي تعتبر أخصب الفترات وأثمنها لمعالجة مشكلاته في اللغة والتواصل (الشناوي، **1998**).

ومن المهم أن يبدي أعضاء الفريق العامل في البرنامج اهتماماً لا بوالدي الطفل الأصم فقط، بل وأن يهتموا كذلك بأفراد أسرته بأكملها بحيث يشمل ذلك أشقّاء الطفل وأقاربه وأعضاء أسرته الممتدة كأجداده وجداته وغيرهم.

المقوم الخامس: ويتعلق بتعريف الآباء بالخطط والاستراتيجيات الكفيلة بتشجيع أطفالهم على اكتساب مهارات اللغة والتواصل وتعلمها.

فعندما ينضم الآباء إلى هذا البرنامج فإنه يجدر بالعاملين فيه تقديم تعليمات لهم فور انضمامهم فيما يتعلق بالأنشطة التي هم على وشك القيام بها مع أطفالهم لمساعدتهم على تعلم التواصل واكتساب مهارات اللغة، وينبغي تقديم تلك التعليمات

بشكل عاجل لكل والدين مصحوبة بإرشادهما وتوجيههما، وبطرق مختلفة تضمن لهما بعض النجاح، ويعتبر تعليم الوالدين وإرشادهما بصفة فردية في بداية البرنامج من أكثر الطرق فعالية وتدعيماً لنجاحه، ومع مرور الوقت وشعور الوالدين بألفة كافية وارتياح أكثر للفعاليات والأنشطة التي يتضمنها البرنامج فإنه ينبغي السماح لهما بالانضمام إلى الأنشطة الجماعية التي يقوم بها من سبقوهما إليها من آباء وأمهات (Northcott, 1977).

المقوم السادس: أما المقوم السادس من مقومات برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى بالغي الصغر من الأطفال الصم فهو يتعلق بنوعية المدرسين الذين يعملون في هذا البرنامج من حيث إعدادهم وتدريبهم المهني، ذلك أنه من الضروري لكل من يعتزم العمل فيه ـ أو بالأحرى في أية مرحلة من مراحل تربية وتعليم الأطفال الصم ـ أن يكون قد تم إعداده وتدريبه بشكل مكثف للعمل مع الصغار من هؤلاء الأطفال، وأن يكون كذلك قد تلقى تعليماً وتدريباً ملائمين، ولديه معرفة كافية بأسس ومظاهر النمو في اللغة والكلام لدى الأطفال العاديين بوصفها الأساس الذي ينبني عليه المضمون التطبيقي لبرامج تنمية لغة الأطفال الصم وتسهيل اكتسابهم لها، إذ لم يعد من الممكن لأي مدرس أن يعمل مع أية فئة من الأطفال الذين أعيقت لغتهم عن النمو وهو غير مُلِمٍّ على الإطلاق بشيء من أسس نمو اللغة واكتسابها لدى الأطفال العاديين، أو أن يكون قد ألمَّ فقط بالحد الأدنى من المعرفة بهذه الأسس مما يعد في نظر المربين المختصين إلماماً سطحياً لا يكفي لتأهيله للعمل في هذا البرنامج (Strang & Rourke., 1985).

المقوم السابع: أما فيما يتعلق بالمقوم السابع لبرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار المعوقين سمعياً فإنه يتركز في ضرورة إتاحة عدد من طرق التواصل والاختبارات والبدائل التعليمية (التربوية) التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يتلاءم مع خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل أصم على حدة. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يعد أحد من المختصين في تربية الصم يؤمن بما كان شائعاً في الماضي من تزويد كل الأطفال الصم بخبرات تربوية واحدة أو بمنهج تعليمي موحَّد يسير عليه الجميع مهما كانت الفروق بينهم، كما لم يعد مقبولاً أن نستخدم في تدريبهم وتعليمهم جميعاً طريقة تواصل واحدة فقط Modality Communication

(كلغة الإشارة وحدها) دون غيرها من طرق التواصل، إذ إن هذا الاتجاه يتعارض تماماً مع مفهوم التعليم الفردي" Individualization Of Instruction، كما يتعارض مع مبدأ التطبيع الاجتماعي Social Naturalization الذي يعتبر الهدف الأسمى لكل البرامج المهتمة بذوي الحاجات الخاصة.

لذلك يجب أن يوفر للعاملين فيه وأولياء الأمور المنضمين إليه إمكانية تحقيق هذا الهدف عن طريق طرح بدائل عديدة من طرق التواصل Communication Modalities سواء أكانت هذه البدائل لفظية شفهية، أم يدوية إشارية، أم تواصلاً كلياً.

المقوم الثامن: أما المقوم الثامن والأخير من مقومات إنشاء أي برنامج تدخُّل مبكر لبناء وتأسيس وتنمية مهارات اللغة والتواصل فهو تدريب صغار المعوقين سمعياً على استخدام المعينات السمعية بشكل مطّرد وثابت، والإفادة منها في بناء وتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل، إذ ينبغي أن تتوافر في هذا البرنامج منظومة كاملة من الخدمات الأوديولوجية (السمعية) بحيث تتضمن الخدمات التالية:

- تقييم دقيق لقدرات الطفل وأدائه السمعي وما يتوافر لديه من بقايا سمعية، وتشخيص واع لطبيعة قصوره السمعي.
- استعدادات وأجهزة خاصة لقياس الأداء السمعي للطفل بشكل دوري بعد أن يتم تزويده بمعين سمعي Hearing Aid (سماعة).
- تسهيلات وأجهزة خاصة لتقدير فعالية المعين السمعي (السماعة) الذي زُوِّد به الطفل وتقييم أدائه الوظيفي تقييماً إلكترونياً.
- متابعة تعليمية أوديولوجية مستمرة.

وتجدر الإشارة إلى أن التقييم السمعي الأدق والأفضل، بل واختيار المعين السمعي الأكثر تلاؤماً مع درجة قصور السمع وطبيعته قد لا يجديان الطفل أي نفع أو فائدة ما لم يتعاون المدرس والوالد معاً على تطبيع الطفل على الاستفادة بأقصى ما يمكنه من معينه المكبر للصوت؛ إذ من المعلوم أن مجرد تأكد المعلم أو الوالدين من أن الطفل يرتدي سمّاعته (معينه السمعي) في صباح كل يوم قبل أن يغادر منزله للذهاب إلى البرنامج (أو المدرسة) وبعد وصوله إليه لا يعني أنه يستخدمها بشكل فعّال في استثمار بقاياه السمعية والإفادة منها في تنمية مهاراته اللغوية وبخاصة مهارات الاستماع أو قراءة الشفاه (الدماطي، 2004).

تاسعاً: مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل المعوقين سمعياً

هنالك العديد من مهارات التواصل الواجب على المعوق سمعياً إتقانها لكي يتمكن من التفاعل مع التدخلات التأهيلية والتربوية المعدة له، وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه المهارات.

أ. مهارة التدريب السمعي (Auditory Training Skill):

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المعاقين سمعياً باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصةً الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى تحقيق ثلاثة أهداف هي:

- تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

هذا وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت درجة الإعاقة السمعية، لذلك يتم التركيز على هذه الطريقة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة بشكل أساسي.

ولكي تكون برامج التدريب السمعي فعّالة فلا بد من توافر مجموعة من العوامل أهمها:

1. الاستعانة بشكل أساسي على حاستي اللمس والبصر.
2. أن تعتمد على القدرات السمعية المتبقية للطفل.
3. البدء بالتدريب مباشرة بعد كشف الإعاقة السمعية لدى الطفل (Hallahan & Kauffman, 1994).

ب. مهارة التواصل اللفظي (Oral Communication Skill):

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد المعوقين سمعياً استخدام

الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال الإيماءات والدلالات من حركة شفاه المتكلم. ولا يتم التواصل اللفظي بطريقة فعالة إلاّ من خلال استثمار البقايا السمعية وباستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام.

إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد المعوق سمعياً من التواصل مع أقرانه السامعين على العكس من لغة الإشارة التي تسهم في عزله.

ج. مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه / لغة قراءة الكلام:

(Lip Reading Skill/Speech Reading Skill)

تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم الأفراد المعوقين سمعياً على ملاحظة حركات الشفاه ومخارج الأصوات، بالإضافة إلى تدريب البقايا السمعية وذلك من أجل فهم الكلام، وبمعنى آخر تعتبر هذه الطريقة أو المهارة تفسيراً بصرياً للتواصل الكلامي، وهناك طريقتان لهذه المهارة هما:

1. الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.
2. الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه لا يوجد أفضلية لطريقة على أخرى إنما نجاح أي طريقة يعتمد على عدد من الأمور أهمها:

أ. مدى فهم الفرد المعوق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام.

ب. مدى سرعة المتحدث.

ج. مدى ألفة موضوع الحديث للفرد المعوق سمعياً.

د. مدى مواجهة المتحدث للفرد المعوق سمعياً.

ه. وأخيراً القدرة العقلية للفرد المعوق سمعياً.

وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة (قراءة الكلام) في تنمية مهارة التواصل لدى الأفراد المعوقين سمعياً إلا أنها تعاني من مشاكل رئيسة أهمها:

أ. أن بعض الأصوات متشابهة في النطق وبالتالي يصعب تمييزها من خلال النظر إلى الشفتين.

ب. إن بعض الكلمات هي حلقية وغير مرئية مقارنة بالكلمات التي تتضمن أحرفاً شفوية مما يجعل من الصعب قراءتها (Giolas, 1994).

د. مهارة لغة الإشارة والأصابع / التواصل اليدوي:

(Sign Language Skill/ Manual Communication)

تعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتقسم إلى لغة الإشارة الكلية (Sign Language) والأبجدية الإشارية أو أبجدية الأصابع (Finger Spelling).

ولإجراء الإشارة الكلية، يتم استخدام إشارة محددة متعارف عليها في مجتمع الأفراد الصم، باستخدام يد واحدة أو كلتا اليدين. وتكتسب الإشارة أهميتها بعد شيوع استعمالها، وربما يتم توثيقها من قبل المختصين في تربية المعوقين سمعياً واستخدامها في التعليم على مستوى واسع.

أما بالنسبة لأبجدية الأصابع، فتشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً وهذه الطريقة تستخدم مع الأفراد المعوقين سمعياً المتعلمين، والذين يستطيعون القراءة والكتابة، وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة.

تعتبر لغة الإشارة من وجهة نظر المؤيدين والمتحمسين لها، هي اللغة الأم للأفراد الصم، وأن هناك ما يبرّر أن يتعلمها الأفراد السامعون بغية استخدامها في عملية التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً.

ومع أن هناك تشابهاً في الإشارات بين المجتمعات المختلفة، إلا أن الإشارات تختلف من مجتمع لآخر. إن التطور الكبير في استخدام الإشارات واستحداث الجديد منها من قبل المختصين، أدى إلى توثيق هذه الإشارة، وإدخال التحسينات عليها من خلال قواميس ومعاجم خاصة بلغة الإشارة ساهمت في تبادل المعلومات والخبرات بين المختصين في مجال تعليم الأفراد الصم.

هذا وتجدر الإشارة أنه من السهل تعلم لغة الأصابع حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة، بلغة الأصابع، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة والأصابع معاً لتكوين جملة مفيدة ذات معنى.

عاشراً: توظيف التكنولوجيا لدى المعاقين سمعياً

لما لأهمية التكنولوجيا في تطوير عملية التعليم، ينبغي أن نأخذ بعين الاهتمام عند تعليم الطلبة المعوقين سمعياً الاعتبارات التالية:

- أن تكون درجة الإضاءة في الصف مناسبة.
- العمل على الحد من الضوضاء والأصوات الأخرى في غرفة الصف.
- الإكثار من استخدام المعينات البصرية كالرسوم والصور والإشارات اليدوية.
- تشجيع الطالب على استخدام السماعة.

وفي ضوء استخدام التعليم الإلكتروني فإنه ينفرد بمجموعة من الميسرات منها:

- توسيع مدارك الطلاب العلمية من خلال تعدد المصادر في مجال استخدام الحاسب وتقنية المعلومات المرتبطة بحياتهم.
- يمكن استخدام الحاسب الآلي كوسيلة تعليمية في التطبيقات المختلفة لتدريب المعاقين سمعياً، وتنمية قدراتهم ومهاراتهم العلمية والعملية.
- الحث على التفكير، وتنمية قدرات المعاقين سمعياً خصوصاً القدرة الإبداعية التشجيع على متابعة التطور التقني.
- إشباع الهوايات وشغل أوقات الفراغ بما يناسبهم في تقنية الحاسب كالألعاب التعليمية الإلكترونية المفيدة أو الموسوعات الإلكترونية الثقافية.
- غرس حب التقنية الحديثة لدى المعاقين سمعياً.
- التعليم الإلكتروني تعليم ميسر لمواصلة مسيرة التعليم والتدريب .
- إنشاء منظومة تعليمية إلكترونية تخدم هذه الفئة .
- تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.
- تحسين قدراتهم على الاتصال.
- الارتقاء بقدرتهم على الحركة والانتقال.
- زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.

- تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية.
- تحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والفسيولوجي أكثر على التقدم الذي تم إنجازه في المجالات التكنولوجية، ويتم الآن تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم، والتدريب، وخدمات التأهيل والعمالة. وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعاق للعمل، كما تسهل إدماجه في المجال الإنتاجي. أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين، إذ إنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية. وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة (لا سيما التكنولوجيا القائمة على الحواسيب الآلية) تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعاقين مشجعة جداً.

حادي عشر: الأجهزة والأدوات التي يمكن توظيفها لخدمة المعاقين سمعياً

هناك أجهزة عديدة منتشرة في مناطق مختلفة من العالم منها ما هو بسيط وبدائي ومنها ما هو متقدم وأكثر تعقيداً.

حيث تم تطوير أجهزة عديدة في مجال الإعاقة السمعية منها:

أ. الحنجرة الإلكترونية.

ب. زراعة أجهزة الأذن الداخلية.

ج. أجهزة النطق وأجهزة تركيب الكلام.

د. استخدام الحاسوب في تحويل صوت مستخدم الجهاز إلى صورة يمكن مشاهدتها.

وحول أهمية تطوير واستخدام التكنولوجيا للمعاقين فقد جاء في توصيات مؤتمر الاسكوا بخصوص قدرات وحاجات المعوقين ما يلي:

1. العمل على تكييف التقنيات المتقدمة في الدول الصناعية لإشباع الحاجات المحلية ونقلها إلى الإقليم من خلال تدريب الكوادر.

2. تشجيع استخدام الحاسوب لمساعدة اندماج المعاقين في المجتمع وقد تتضمن الحملة تكييف الأجهزة التي تجعلها متاحة لقطاعات متنوعة من المعاقين كما تتضمن تطوير حزم برامج ملائمة.
3. تشجيع الإنتاج المحلي للتقنيات الملائمة والمبسطة الخاصة بالكراسي المتحركة والأطراف الصناعية ومعينات الحركة وغيرها على أن تأخذ في اعتبارها الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة في مجتمعاتها. كذلك حث الحكومات على تنفيذ مشروعات رائدة لإنشاء صناعات تأهيلية مناسبة وإرساء نظام لتوزيع هذه المعينات.
4. بذل جهود حثيثة لتعريب نظام المخاطبة الآلية والذكاء الاصطناعي وغيرها من النظم المعتمدة على الحاسوب. ونظراً لغياب اللغة العربية عن تقنيات الحاسوب ولصعوبتها، فإنه لا بد من عمل الأبحاث اللازمة حول تعريب نظام الحاسوب بما يتلاءم مع برامج المعوقين.
5. أن تقوم الحكومات، كلما أمكن ذلك، بدعم حيازة التقنيات المتقدمة آخذة بعين الاعتبار عدم إمكانية الفصل بين النفقة العالمية للتقنيات الحديثة ونفقة الصيانة والخدمة. وفي هذا المجال، يعتبر التعاون الدولي والإقليمي وسيلة ناجعة لتوسيع الأسواق وبالتالي تخفيض تكلفة الوحدة.
6. توسيع مشاركة الخبراء العرب وخاصة المعاقين منهم في الندوات والمعارض والأنشطة على المستويين الإقليمي والدولي ليستطيعوا مسايرة الاختراعات الحديثة (سالم، **1994**).

هذا ويرى المؤلفان أن التكنولوجيا تعتبر من أهم الوسائل المستخدمة حديثاً والتي تساعد على التغلب على الإعاقات سواء السمعية أو البصرية، وقد بدأ الاهتمام بالمعاقين سمعياً في نهاية القرن السادس عشر حيث عرف بنهاية عصر الظلام، وذلك عندما قام الطبيب والرياضي الإيطالي كوردون بتعليم أحد المعوقين سمعياً القراءة والكتابة، حيث إن كوردون آمن بقدرة المعوق سمعياً على التعلم بعد أن عمل معه وقال إن الأفكار المجردة يمكن تعليمها وشرحها وتفسيرها للمعوقين سمعياً بوساطة الإشارة وإدراك كتابة الكلمات يمكن أن تساعد في تفسير الأفكار دون الحاجة للكلام، حيث تم

تفسير ذلك أن المعوق سمعياً يمكنه تخيل كلمة الخبز بعد رؤيته للشيء المراد تعليمه له يحتفظ به في الذاكرة ويمكنه مطابقته مع المواقف المشابه التي يتعرض لها فيما بعد.

وقد اشتهر في فرنسا جاكوب بيرير (1715 ــ 1790) وعرف كأول معلم للمعوقين سمعياً في فرنسا نتيجة للنجاح الذي أحرزه في مجال تعليم المعوقين سمعياً، وقد استخدم تمارين خاصة تتضمن استغلال حاسة البصر واللمس والتذوق، وجاء بعده ميشيل ليبه وبدأ عمله مع طفلين وطور أثناء عمله مع الأطفال طريقته الخاصة في التعليم وهي استخدام الإشارة لأغراض التعليم وسمي ذلك بنظام الإشارة.

وهكذا أخذ هذا العلم في تطور مستمر على أيدي العديد من المختصين في مجال التربية الخاصة حتى يومنا هذا، وقد تعددت الوسائل والأساليب المستخدمة في تعليم المعاقين سمعياً وتم توظيف التكنولوجيا الحديثة في تعليمهم حيث ساهمت وبشكل كبير في توصيل الأهداف المراد تحقيقها مع الأطفال بكل سهولة ويسر.

وتعتبر المعينات السمعية الحديثة من أهم إنجازات الهندسة الطبية الحديثة التي ساهمت في تقديم أمل جديد للإنسان الذي يعاني من مشاكل في السمع، ومن هذه الأجهزة:

1. *أنظمة سمع كلرو الرقمية (ديجتل)*: ومن أهم ما تمتاز به:
   - تقديم فهم أفضل للكلام في حالات السمع.
   - خصائص أوتوماتيكية أكثر.
   - ينصح بها للأشخاص الذين لديهم أسلوب حياة عملي والذين يعتمدون في حياتهم على اتخاذ قرارات مهمة تسهل عملية تواصلهم بالآخرين.
2. *أنظمة سمع مبرمجة*: ومن مميزاتها: فهم الكلام في الهدوء والضجيج.
3. *أدوات سمعية عادية*: ومن مميزاتها:
   - تساعد على تكبير الأصوات.
   - تجعل الحوار الهادئ مسموعاً بشكل أفضل وينصح بها الأشخاص الذين لديهم أسلوب حياة هادئ.

أما أهم الوسائل التعليمية المستخدمة في تعليم المعاقين سمعياً داخل الصفوف فهي:

- جهاز عرض الأفلام أو الفيديو.
- مرايا.

- الصور السطحية.
- السبورة (المتحركة والثابتة).
- المجسمات (الحقيقية أو الرمزية).
- حاسوب تعليمي؛ ويعتبر من أهم الوسائل وذلك لما يتمتع به من مميزات منها:

1. يوفر الحاسوب فرصاً كافية للمتعلم للعمل بسرعته الخاصة مما يقربه من مفهوم تفريد التعليم.
2. يزود الحاسوب المتعلم بتغذية راجعة فورية ويحسب استجابته في الموقف التعليمي.
3. المرونة حيث يمكن للمتعلم استخدام الحاسوب في المكان والزمان المناسبين له.
4. التشويق في التعليم والإثارة نتيجة إدخال بعض المثيرات البصرية المساعدة على جذب الانتباه.
5. قابلية الحاسوب لتخزين استجابات المتعلم ورصد ردود أفعاله، مما يمكن من الكشف عن مستوى التعليم وتشخيص مجالات الصعوبة التي تعترضه فضلاً عن مراقبة تقدمه في التعليم.
6. إمكانية استخدام الحاسوب في التقويم الذاتي.
7. يمكن الحاسوب المعلم من التفاعل الفعال مع الخلفيات المعرفية المتباينة للمتعلمين.
8. يوفر اقتصاداً بالوقت.

ولمعرفة أثر الحاسوب على تعليم المعاقين سمعياً أجرى القريوتي (2002) دراسة حول أثر استخدام الحاسوب في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لمادة اللغة العربية بدولة الإمارات العربية المتحدة، وتم تطبيق البرنامج على مجموعة تجريبية، أما المجموعة الضابطة فقد تم تعليمها بالطرق التقليدية وبعد تطبيق الاختبارات أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، لصالح المجموعة التجريبية على الدارسين في الصف السابع والثامن (القريوتي، الدقاق، 2006).

ثاني عشر: الإستراتيجيات المستخدمة في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً

هناك استراتيجيات عديدة يمكن استخدامها في تطوير مهارات التخاطب لدى المعاقين سمعياً، كما هو مبين:

1. التعليم بالطريقة الكلية: إن الهدف الرئيس هو مساعدة الطفل كي يكون ماهراً في جميع جوانب اللغة، لذا يكون التركيز في العلاج على تعليم اللغة بكاملها دون التغافل عن جوانب الاستخدام الاجتماعي والعملي للغة Pragmatics، والجوانب المتعلقة بمعاني الكلمات Semantics.
2. التعليم باستثمار الأحداث اليومية: للأطفال المعاقين سمعياً معرفة محدودة عن الحياة اليومية، لذا يجب أن يكون التركيز أثناء التدخل على تعليم الأحداث اليومية بصورة مبتكرة، كاللعب من خلال تقمص الأدوار مثلاً.
3. التعليم المستمد من الواقع: يجب أن يبتكر المربون فرصاً للتواصل ذات معنى والتي تشجع الطفل على التفاعل معها. ومن الأفضل اتباع العلاج المستمد من البيئة الطبيعية للطفل والذي يخلو من التدريب الروتيني.
4. التعليم المستند إلى التخطيط السمعي: يختلف علاج النطق ومخارج الأصوات عند الأطفال ذوي الإعاقة السميعة الطفيفة إلى المتوسطة عن علاج النطق عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي في جوانب عدة؛ فبينما يعتمد ذوو السمع الطبيعي على الاسترجاع السمعي Auditory Feedback لتصحيح كلامهم، فإن المعاقين سمعياً يحتاجون إلى استخدام تلميحات مرئية وحسية وحركية لتعويض فقدانهم السمعي. وهناك أمر آخر يجب أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع المعاقين سمعياً وهو أن أخصائي علاج النطق واللغة يجب أن يطلع على التخطيط السمعي للتعرف على مستوى السمع مع وجود المعين السمعي، من أجل التعرف على الأصوات التي قد لا تتواجد في مدارك الطفل السمعية.
5. التعليم المستند إلى التمييز السمعي: إن الأصوات تؤثر وتتأثر بالأصوات الأخرى المحيطة بها في نفس الكلمة أو الجملة، ومن الصعب عزل الأصوات عن بعضها البعض) قد تثير مشكلة خاصة للمعاقين سمعياً، وبالتالي يجب

أن توضع في الاعتبار في أي تدخل، لذا على أي أخصائي للنطق واللغة يعمل مع هذه الفئة أن يكون مطلعاً على تأثير النطق المصاحب على عملية علاج النطق، فالتدريب على الأصوات يجب أن يتم من خلال وضعها في عبارات وجمل عوضاً عن تعليمها كأصوات أو كلمات منفردة كما هو ملاحظ في التدخل عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي.

6. التدريب على تأهيل الجهاز النطقي: يختلف علاج النطق عند الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام عن تدخل الكلام التقليدي للأطفال ذو السمع الطبيعي في تركيزه على أربع جوانب:
   - التنفس.
   - النطق.
   - الرنين.
   - مخارج الأصوات.

يجب على أخصائي علاج اللغة والنطق أن يعير انتباهاً لحقيقة أن العديد من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة الذين يتلقون تدريباً على النطق يميلون إلى البدء في الكلام عند أو تحت المقدرة المتبقية الوظيفية (وهي كمية الهواء المتبقية في الرئتين بعد عملية زفير طبيعية) وبالتالي قد يفقد الهواء قبل النطق.

إن اضطرابات الرنين مثل:

- الأصوات الأنفية المفرطة.
- الأصوات الأنفية الخالية من الرنين، شائعة أيضاً في هذه الفئة، وهؤلاء الأطفال يجب أن يتم تدريبهم على استخدام إشارات مرئية أو إشارات أخرى للتقليل من مشاكل الرنين. من بين عناصر النطق التي يركز عليها أخصائي علاج النطق واللغة مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة إلى التامة، والتي قد لا تتوافر مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي وتتضمن:
  - التقليل من خفة الصوت.
  - العمل على الحروف المتحركة المشوشة.
  - استخدام تردد الصوت الملائم.
  - التركيز على مشكلات تبديل الأصوات المهموسة بالأصوات المجهورة.
  - زيادة مستوى شدة الكلام.

أما بالنسبة لمخارج الأصوات، فيتصف نطق الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام بأخطاء عديدة، وهذه الأخطاء لا تُرى غالباً عند الأطفال ذوي السمع الطبيعي، كالحروف المتحركة المشوشة. وبما أنه تبين أن الكثير من المتحدثين من ذوي الإعاقة السمعية يتوقفون لمدة طويلة أثناء الحديث، يجب أن يُتعامل مع هذا عند علاج مشكلات النطق عند الأطفال ذوي الضعف السمعي الشديد إلى التام. إن عناصر التنغيم ووزن الكلمة ومعدل الكلام نادراً ما تكون محطاً للهدف في علاج كلام الأطفال ذوي السمع الطبيعي، لكنها تكون عناصر حاسمة عند العمل مع أطفال هذه الفئة، خاصة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة إلى التامة، حيث يتوجب تعليم هؤلاء الأطفال على إصدار جمل ذات نبرة و تردد معتدلتين، حيث إن العديد منهم يصدرون جملاً أحادية النبرة (رتيبة)، كما أن زيادة معدل الكلام يجب أن تكون مصاحبة بصفاء ووضوح مناسبين.

ثالث عشر: المناهج المتبعة في تعزيز التدريب على الكلام للأطفال المعاقين سمعياً

وهي:

- الاستخدام الأمثل للبقايا السمعية.
- المراقبة التصويرية والتشريحية.
- المثير المرئي: وقد يشمل المثير المرئي استخدام المرآة أو المراقبة المرئية التي قد تساعد في استقبال أصوات معينة ذات خصائص بصرية واضحة.
- أدوات الاسترجاع السمعي والبصري: إن أدوات الاسترجاع السمعي والبصري ذات فائدة كبيرة جداً لكونها تُزود الأخصائي والطفل بتمثيل واقعي للأصوات، وبالتالي يساعد في تدريب المعاقين سمعياً. من بين هذه الأدوات برنامجان من برامج الكمبيوتر هما SpeechViewer و VisiPtich.
- استخدام المعينات السمعية كنظام الأف أم (FM system).
- استخدام السماعات بالصورة الصحيحة من أجل الاستغلال الأفضل للسمع المتبقي للتأكد من أن الطفل يستفيد من السمع المتبقي الذي ييسر استيعاب الكلام، حيث يعتبر تطور المهارة السمعية أحد أهم عناصر

التدخل عند الأطفال المعاقين سمعياً، حيث يساعد التعرض للأصوات من خلال مواقف طبيعية يومية على إثارة السمع المتبقي لدى الطفل، ومن شأن ذلك أن يضيف إلى خبرة الطفل و تطوره السمعي. عند تدريب الطفل أثناء استخدامه للسماعة يجب أن يشتمل التدريب على الأصوات والكلمات ذات الدلالة، فيجب أن يتبع التدريب النموذج المتعارف عليه لمراحل التدريب السمعي المسماة بالاستكشاف والتمييز والتعرف والاستيعاب.

- استخدام التخطيط التصويري والتشريحي (كصور لوضع اللسان ورسم بياني تشريحي) مع العديد من المعاقين سمعياً.

يختلف التدخل المتجه لتطور المفردات في الأطفال المعاقين سمعياً عن التدخل عند ذوي السمع الطبيعي، حيث يحتاج المعاقون سمعياً إلى نهج منظم لتطوير اللغة بسبب الخواص المكتسبة من الإعاقة السمعية، فهؤلاء الأطفال لا يستطيعون سماع المحادثات التي تتم بين الآخرين، لذا فإنهم يفتقرون لهذه الأداة المساعدة على تطور المفردات. لذا على الأخصائيين تشجيع الآباء والمشاركين في التواصل على توفير سياق مثير ومشجع للأطفال للمساعدة على نمو وتطور المفردات وذلك ليعوضوا نقص هذه الأداة. يجب أن يركز الأخصائيون على أهمية تعليم المفردات لأنها وسيلة مهمة للتعرف على العالم، فلا يجب أن يتم تعليمها للطفل ككلمات منفردة، بل وفق مواقف ونصوص تزيد من معرفة الطفل وإدراكه لما حوله و تدفعه للتواصل في محاولات أزلية لاستكشاف العالم.

ويجب أن نلحظ بأن الأطفال المعاقين سمعياً هم فئة خاصة ذات مميزات خاصة، يجب أن تتوافر لها الاستراتيجيات الخاصة بها لتلبية حاجاتها. إن دور أخصائي اللغة والنطق فعال جداً وحاسم للتأكد من توفير خدمات التواصل لهذه الفئة، ويشمل هذا:

- دعم ومساعدة الأسرة.
- المشاركين في التواصل.
- تطوير استراتيجيات تدخل اللغة والكلام التي تلائم هذه الفئة.
- تبني نظام الفريق متعدد التخصصات لتلبية الحاجات المختلفة للطفل وأسرته
- اختيار الوضع الصحيح الذي يضمن المبادئ العامة المثلى لأهداف العلاج.
- إشباع الحاجات النفسية ـ الاجتماعية لأسرة الطفل المعاق سمعياً.

رابع عشر: مشاعر الوالدين عند ولادة طفل أصم وكفيف

عند ولادة طفل معاق يواجه والداه تجربة لم يتنبؤوا بها ولم يستعدوا لها، وتتبادر في مخيلتهم العديد من الأفكار والأسئلة منها:

- حاجتهم لبعض الوقت كي ينسقوا أفكارهم.
- الحاجة لمعلومات عاجلة عن حالة ابنهم.
- الحاجة إلى الاطمئنان عن وضع ابنهم.
- التخطيط للمستقبل وكيف سيتدبرون الأمر.
- كيف سيكون الطفل عندما يكبر.

عندما يولد الطفل لا يعرف نفسه كشخص مستقل عن الآخرين فهو خلال التفاعل المبكر مع والدته يتعلم كيف يقيم علاقات وينتسب لأعضاء عائلته الآخرين وغيرهم، كذلك يتعلم كيف يتحكم بمشاعره ويلتزم بأخلاق المجتمع الذي يعيش فيه، وعندما يكتسب الطفل التعلم المبكر والمهارات الاجتماعية يستطيع أن يبدأ أداءه كشخص صغير مستقل التفكير وهذا نلحظه عندما يصبح عمره خمس سنوات.

بالنسبة للطفل الأصم الكفيف منذ الولادة تصبح حاجته لتعلم المهارات ضرورية كالأطفال الآخرين، حيث إنه من النادر جداً وجود تلف كلي في كلتا الحاستين (السمع، البصر)، لذلك يتوجب على ذوي العلاقة بالطفل التأكد من استفادة الطفل مما تبقى لديه من بقايا سمعية أو بصرية.

ومما يجدر ذكره أن الطفل الأصم المكفوف رغم العجز الذي لديه، فهو أيضاً يمتلك قدرات تتضمن بعض الرؤيا أو السمع المفيد، وحتى يحصل على الفرصة لتعلم كيفية استخدامها بفاعلية يجب أن نعلم لأي مدى سيعيقه عجزه.

خامس عشر: حاجات الطفل الأصم المكفوف (تمثيل الحواس)

كل المعرفة التي يمتلكها الفرد هي نتاج التقليد والخبرات، وتتم عن طريق الحواس فهي بوابات المعرفة، وهي مخزنة بذاكرتنا، وتتمثل حاجات هذه الفئة بالأمور التالية:

1. اللمس والشم والتذوق تدعى "الحواس القريبة" لأن المعلومات التي تنقلها هي نتيجة الاتصال الفعلي بالجسم.

2. السمع والبصر لديهم وظائف خاصة: بوجود ضعف في البصر أو السمع فإن الطفل الأصم المكفوف تكون مصادر معلوماته محددة، ونادراً جداً ما تجد خسارة كاملة لكلتا الحاستين، لذلك فإنه لن يكتسب صورة ثابتة عن العالم الذي يعيش فيه ولا النموذج الذي سيحتذي به، هو لن يعلم ما يحيط به أو ما يدور حوله أو حتى أنه جزء منه، عالمه يمكن أن يكون مشوشاً إلا إذا تدخلنا وزودناه بالمعلومات اللازمة المنطقية والمقبولة له.

طفل كهذا يفتقد للتمييز بين نفسه وبين الأشياء من حوله ولا يمتلك أي دافع للاكتشاف أو لإقامة علاقات، ليس من السهل لطفل أصم مكفوف أن ينخرط في عالم حيث يعتمد فيه الآخرون على بصرهم وسمعهم للاستجابة للأمور المطلوبة منهم.

عندما يعود لعالمه علينا أن نغريه بالانضمام إلى عالمنا وأن يفعل ما نفعله نحن، إذا كنا نستطيع أن نزوده بالمعلومات الصحيحة حول مراحل تطوره وأن نجعل عالمه ممتعاً وذا معنى.

3. الطفل الأصم المكفوف يفتقد الشعور بالأمن.
4. الحاجة للآخرين بشكل مستمر: هو يحتاج لشخص بجانبه يشارك عينيه أو أذنيه، يترجم له البيئة من حوله بشكل يستطيع أن يفهمه، هذا يجب أن يستمر حتى يشعر بالأمان لمعرفة ما يتوقع منه.
5. المعلومات يجب أن تكون متكاملة: لتوصيل المعلومات بلباقة نستخدم وسيلة بسيطة ومن الإلزامي أن نستخدمها، حيث إن هذه الطريقة كانت تستخدم في هولندا بدايةً وكانت تدعى "حركة مساعدة فعالة"، وفي الولايات المتحدة تدعى "يداً بيد"، وفي كندا "الأيدي فوق"، وهذا التعبير الذي نستخدمه، وكلها تعني أننا نوصل المعلومات للطفل الأصم المكفوف باستخدام أيدينا على يديه، سواء أكانت المعلومات حول شيء، تعليمه كيف يفعل شيئاً، أم نتصل به لنخبره بطريقة عمل شيء ما.

- إن مكان العمل بأسلوب "الأيدي فوق" مع تعويد الطفل على ذلك، هذه الطريقة لا ترشده فقط، بل بالإضافة لذلك فإنه يحصل على

أدلة تساعده على توظيف باقي جسمه في النشاط من خلال توظيف جسم الشخص الذي يساعده.

- بهذه الطريقة أنت أيضاً: تنقل المزيد من المعلومات مباشرة للطفل بطريقة طبيعية ومريحة له (إذا قمت بذلك بطريقة مركبة فلن يستطيع أن يتعاون).
- عليك أن تسيطر عليه بشكل أكبر، عليك أن تضع جسمك بطريقة تمنع أي تشتت لانتباهه، وتستطيع أن تستخدم جسمك كي توجه رأسه نحو ما تريد أن ينظر إليه، وأن تتحدث مباشرة في أذن الطفل أفضل من أن تترك مسافة مناسبة لوسيلة سمعه.
- بالنسبة للطفل الصغير جداً عليك أن تضعه في حضنك أولاً، ضعه بين ساقيك بينما أنت جالس على الأرض أو خلفه إذا جلس على كرسيه العالي أو على الطاولة، وتستطيع التحرك إلى جانبه تدريجياً، مع المحافظة على قدرتك للتحكم بيديه من الخلف وهذا يحتاج إلى يقظة.

6. الأشياء: باستخدام طريقة يديك على يديه يحتاج الطفل لمساعدتك له للتعرف على معالم الأشياء التي ستساعده على تمييز وتذكر الأشياء.
7. المهارات: مثل مهارات العناية الشخصية مثل (الأكل، اللبس، خلع الملابس، الاستحمام)، وأعمال حركية دقيقة مثل (قرع الأجراس، العصر، الدفع، الخياطة)، يجب أن تدار هذه المهارات كلها بنفس الطريقة، وعليك أن تستمر بذلك حتى يأتي الوقت الذي تشعر فيه أن الطفل يطور قدرته على التنبؤ بما عليه أن يفعله تماماً.
8. نماذج الحركة: يكون النموذج الحركي الذي يحتاج أن يعرفه مثلاً: إطعام الطفل لنفسه يتضمن (11) حركة متسلسلة كل مرة يملأ فيها فمه فعليه أن:
   - يحدد موقع الصحن.
   - يجد الملعقة.
   - يمسك بالملعقة.

- يضع الملعقة في الصحن.
- يفرق الطعام بالملعقة.
- يرفع الملعقة إلى فمه.
- يفتح فمه.
- يضع الملعقة في فمه.
- يتناول الطعام من الملعقة.
- يخرج الملعقة من فمه.
- يعيد الملعقة إلى الصحن.

ملاحظة: كل مفهوم من هذه المفاهيم نعطي له مفهوماً إشارياً ثابتاً.

9. الاتصال: الطفل الأصم المكفوف بحاجة لأن يتعلم كيف يستخدم المحادثة في الاتصال، ربما ينتهي بذلك محبطاً جداً ودون وسيلة اتصال نهائياً.

من الأفضل بداية أن تعطيه وسائل بديلة، لكن بنفس الوقت أعطه الفرصة (ليسمع ويرى إذا كان ذلك ممكناً) الغناء والحديث، حتى إذا كان لديه قدرة كامنة، سينتقل إلى مرحلة اللغة المحكية عندما يستعد ويقدر.

10. الإشارة: الطفل يستقبل رسائلنا عندما نمسك يديه ببراعة لنشكل هذه الإشارات، مع مضي الوقت سيميز الطفل أننا نستطيع أن نستقبل رسالته بمشاهدتنا لإشارته، لكن علينا أن نشجعه أن يمسك أيدينا ببراعة عندما يريد أن يتصل بنا.

11. الطفل الأصم المكفوف لا يجد دافعاً كي يتحرك ويكتشف: إن استقبال المعلومات يتطلب أن يحرك الطفل يديه لكن مدى معرفته بالعالم محدود جداً إذا لم يتعلم أن يحرك أجزاء أخرى من جسمه ويصبح شخصاً متحركاً.

عندما يبدأ التحرك في الفضاء علينا أن نذهب معه أولاً، عندما نفعل ذلك سيتعلم أن الأشياء تبقى في مكانها وأنه هو من يتحرك، وفي هذا الصدد عبر جان فاند ديجك (الأخصائي الدنماركي بالأطفال الصم المكفوفين)

أن الطفل يتعلم أن يضبط حركاته في الفراغ (أن يدور حول العوائق أو يتجنبها) يتحسس المسافة وكل ذلك يساعده في إيجاد وعي نفسه.

12. النظام: الطفل الأصم المكفوف يحتاج للنظام كأي طفل آخر في العائلة إذا كنت تساعده كثيراً بسبب عدم قدرته فهذا الأمر ينتقل للآخرين خارج المنزل أيضاً.

يمكن تمييز خمس حالات نعتقد خطأً بأنها تقلب في المزاج (غضب) وهي:

1. الغضب المبرر: شيء حدث دون إنذار فهو يحتاج لمعلومات تسمح له بتقبل الغير.
2. الطفل المدلل: الطفل الذي يحصل دائماً على ما يريده بأن يثير ضجة ويستمر بذلك حتى يحصل على ما يريد.
3. الطفل الحزين: يحتاج لراحة نفسية لكنه لا يستطيع أن يقول لك ذلك.
4. الطفل الخطير: يستخدم أساليب سلبية لجذب الانتباه لأنه يحتاج للحب.
5. الطفل الذي يحتج: يحاول الاتصال ولا أحد ينتبه له.

سادس عشر: مصادر الحصول على المعلومات عن الصم المكفوفين

بمواجهة مشكلة إنجاب طفل أصم مكفوف، من الطبيعي أن نبحث عن معلومات تساعدنا (كتب، دورات، مؤتمرات، معلمين)، أهالي آخرين لديهم الكثير مما يعرضونه لنا، فهنالك ستة مصادر قيمة علينا أن لا نتجاهلها وهي متوافرة فعلاً وهي:

أ. الطفل نفسه.
ب. العلاقات.
ج. خبرات الأطفال العاديين.
د. النشاطات اليومية والأشياء.
ه. العائلة ومجموعة الأشياء.
و. الخبرات الشخصية للوسيط.

الإعاقة البصرية Visual Impairment:

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة البصرية، أهمها:

1. **التعريف القانوني (Legal Definition)**: لقد ظهر التعريف القانوني للإعاقة البصرية قبل ظهور التعريف التربوي، ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية على أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره (Visual Acuity) عن (200/20) قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة (20) قدماً حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذا التعريف.
2. **التعريف التربوي (Educational Definition)**: أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة بريل (Braille Method) (الروسان، 2001). كذلك وضعت باراجا (Paraga,1976) تعريفاً تربوياً للمعاق بصرياً يقول: " إن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية.
3. **التعريف الوظيفي**: وقد اقترح هذا التعريف العالم هارلي (Harly, 1971)، ويشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة بريل (الجوالده والقمش، 2012).

ويصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيستين:

الأولى: مجموعة المعاقين بصرياً كلياً (Totally Blind): وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقين بصرياً جزئياً (Bartially Sighted): وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبصار هذه المجموعة ما بين (20/70)

إلى (20/200) قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية (الروسان، 1994).

وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نميّز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية:

1. فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.
2. فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
3. فقد بصر جزئي ولادي.
4. فقد بصر جزئي مكتسب.
5. ضعف بصر ولادي.
6. ضعف بصر مكتسب (Hallahan & Kauffman, 1991).

أولاً: أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية)

هنالك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها انتشاراً ما يلي:

1. طول النظر: حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية.
2. قصر النظر (Myopia): وهي حالة عكس طول النظر، حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة.
3. اللابؤرية (Astigmatism): وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما، حيث يتشتت الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة.
4. الجلاكوما (Glaucoma): أو ما يشار له عادة (الماء الأزرق) وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية)، داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

5. عتامة عدسة العين (Cataract): ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد). وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها. والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. ويشير الأطباء إلى أن (75٪) من المصابين بعتامة عدسة العين تحدث بعد سن (65 سنة). وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة بها، إذ إن هنالك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تنتج عن ضربة شديدة للعين، أو تعرض العين للمواد الكيماوية السامة، أو الحرارة الشديدة.
6. الحول (Strabismu): وهو اختلال في وضع العين أو إحداهما، مما يؤدي إلى صعوبة في الرؤية بالإضافة إلى إرهاق للعين، أو قد يكون الحول عرضاً من أعراض حالات أكثر خطورة كأمراض الشبكية.
7. انفصال الشبكية (Retinal Detachment): وهو انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تصل بها. وبسبب انفصال الشبكية، يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية وآلام شديدة.
8. توسع الحدقة (Aniridia): ويحدث بسبب تشوه ولادي، تتسع فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القزحية، يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف بصر.
9. تنكس الحفيرة (Macular Degeneration): خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة، يسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، والأشياء القريبة، وفقدان بصر مركزي.
10. البهق (Albinism): يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية. وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيضاً وعيناه زرقاوتين. والقزحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.

11. الـرأرأة (Nystagmus): وهـي عبـارة عـن حركـات لا إرادية سـريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي. وغالباً ما تربط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.
12. التهاب الشبكية الصباغي (Retinitis Pigmentosa): يحدث تلف في العصبي في الشبكية بشكل تدريجي، وهو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ونتيجة لذلك، يحدث لدى الفرد عمى ليلي ثم يصبح مجال الرؤية محدوداً بالتدريج (Wang, 2008).

ويمكن تلخيص مجمل أسباب الإعاقة البصرية فيما يلي:

1. الأسباب الخلقية.
2. الأمراض التي تصيب العين.
3. الإصابات التي تتعرض لها العين.
4. الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة (الجوالده، 2012 ـ ب).

إن المعوقين بصرياً هم كغيرهم من الأفراد ليسوا مجموعة متجانسة، إذ إن بينهم فروقاً فردية، ويختلفون في خصائصهم واحتياجاتهم تبعاً لطبيعة الصعوبة البصرية ودرجتها، والسن التي حدثت فيها، حيث هناك قصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية. ومن الخصائص المميزة للسلوك الحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي اللزمات الحركية (Stereotypic Behaviors) مثل الحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف (Rocking)، أو استمرار فرك العينين، أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما أثناء الجلوس وما شابه ذلك من حركات. وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المعاقين عقلياً والأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية (القريوتي وآخرون، 1995).

فيما يتعلق بالقدرة العقلية لدى الأفراد المعوقين بصرياً، فإنه لا بد من الإشارة إلى أن هناك صعوبة في قياس ذكاء هؤلاء الأفراد بدقة، إذ إن معظم اختبارات الذكاء

لا يمكن تطبيقها عليهم بسبب عدم ملاءمتها، وعدم دقتها، لأن الاختبارات المتوافرة قننت واشتقت معاييرها على الأفراد المبصرين. إن بعض الفاحصين يستخدمون الجانب اللفظي في مقاييس الذكاء المشهورة كاختبار وكسلر للتعرف على ذكاء المعوقين بصرياً. وتشير كثير من الدراسات إلى أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء الأفراد المعوقين بصرياً والمبصرين.

هذا ويظهر الأفراد المعاقون بصرياً مشكلات في مجال إدراك المفاهيم، والتصنيف للموضوعات المجردة، على العكس من الانتباه السمعي والذاكرة السمعية التي يتفوقون فيها. وتشير الدراسات إلى أن المعوقين بصرياً لديهم معلومات أقل عن البيئة وأقل قدرة على التخيل، والتأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالمبصرين، وتختلف درجة تأثير الإعاقة البصرية على النمو العقلي تبعاً لشدة الإعاقة (الصمادي وآخرون، 2003).

وبينت أندنوفا (Andonova,2000) أن الإعاقة البصرية تؤدي إلى معيقات، تؤثر في السلوك التكيفي لدى هؤلاء الأفراد، مما يهدد نوعية واستمرار العلاقات بين أفراد الأسرة والأصدقاء، حيث يعد السلوك التكيفي العامل المهم في عمليات التوافق، وخاصةً بأن الإعاقة تضيف ضغوطات وصعوبات تؤثر في قدرة الفرد على الاستمرار.

ثانياً: الحاجات التربوية للمعوقين بصرياً

يمكن تلخيص أبرز الحاجات التربوية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً بما يلي:

1. مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل: إن طريقة برايل (Braille) عبارة عن نظام كتابة الحروف عن طريق النقط النافرة. وسميت هذه الطريقة باسم مبتكرها الفرنسي لويس برايل، حيث تتم الكتابة بطريقة برايل عن طريق خلية من ست نقاط تشير إلى حرف ما حسب النقط النافرة من تلك الخليّة. ويقوم الكفيف بقراءة برايل عن طريق اللمس، كما يمكن أن يستخدم أدوات معينة في كتابة برايل، ومنها الآلة المعروفة باسم آلة الطباعة بيركنز (Berkins Brailler) وآلة المسطرة والمخرز (Stat & Stylus).
2. تدريب الحواس الأخرى والبصر المتبقي: لتعويض فقدان حاسة البصر لدى المعوق بصرياً يجب العمل على تدريب الحواس الأخرى، ومن أهم الحواس

الأخرى التي يجب التدريب عليها حاستا السمع واللمس، إذ إن الكفيف يعتمد عليهما بشكل كبير إلى جانب الحواس الأخرى في الاتصال بالعالم الخارجي والمحيط به.

3. التدريب على التنقل والتعرف والتوجه: يقصد بمهارات التعرف (Identification) أن يستخدم المعوق بصرياً حاسة اللمس من أجل معرفة الشيء أو الأشياء التي تعرض له في البيئة، وكذلك التمييز بين هذه الأشياء وإدراكها كوحدة بالعلاقة مع غيرها من الأشياء. أما التوجه (Orientation) فهو استخدام الحواس المختلفة لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة. أما التنقل (Mobility) فهو الانتقال من مكان إلى مكان بالمشي أو بمساعدة الأدوات والأجهزة التي تساعد في التنقل. وحتى يتم التدريب الحركي لا بد من توافر القوة العضلية التي تحافظ على هيئة الجسم أثناء الحركة والوعي الجسمي الذي يسمح بتوازن الأنماط الحركية وأخيراً الوعي الفراغي وهو الذي يوظف الحركة من أجل البقاء (Jacobson, 1993).

ثالثاً: العناصر التي يجب أن يشملها التدريب على مهارات التنقل والتعرف والتوجه

يشمل التدريب على التنقل والتعرف والتوجه عناصر مهمة وذلك من أجل زيادة الوعي والتعرف بآلية التنقل وهذه العناصر هي:

- علامات الطريق: وهي كل ما هو مألوف ومتعارف عليه في البيئة.
- الإيماءات: وهي المثيرات الحسية السمعية أو الشمية أو اللمسية التي تقدم معلومات ضرورية لتحديد موضع الشيء أو اتجاهه.
- التنظيمات الداخلية للمباني: العلاقات المميزة للمبنى والنقاط الرئيسة فيه.
- التنظيمات الخارجية: وتشمل جميع الأماكن والشوارع والمباني الرئيسة التي سيتم التنقل فيها.
- القياس النسبي: وهو استخدام مقاييس محددة سواء في جسمه أو في غيره من أجل تكوين صورة ذهنية فيها تقدير للمسافة.

- معرفة الاتجاهات: وتتضمن معرفة الاتجاهات الأربعة، إذ إن التنقل مرتبط بنمو المفاهيم الفراغية.

رابعاً: العوامل التي تؤثر على عملية التنقل بالاستقلالية

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على عملية التنقل بالاستقلالية، وتجعله فعالاً، وأهمها: العوامل النفس حركية، والعوامل المعرفية، والعوامل الاجتماعية الانفعالية، والعوامل والظروف المكانية والموضوعية. أما فيما يتعلق بالوسائل التي استخدمها الكفيف على مر العصور لتعليمه فن الحركة والتنقل كما ذكرها هالاهان وزميله (Hallahan & Kauffman, 1991) فهي:

1. الدليل المبصر.
2. الكلاب المرشدة.
3. العصا البيضاء.
4. النظارة الصوتية المزودة بتقنية بسيطة تساعد فاقدي البصر على الحركة وتجاوز العقبات، حيث تصدر النظارة رنات تحذيرية حال اقتراب مرتديها من جدار أو شخص.
5. الأجهزة الصوتية: مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه وتسمى (Path Sounder)، والجهاز الذي يحمل باليد، والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه ويسمى (Sonic Torch)، والجهاز الذي يوضع حول محيط رأس الكفيف، والذي ينبه أيضاً إلى العوائق التي أمامه ويسمى (Echolocation System)، وأخيراً العصا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر وتسمى (Lazer Cane) حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفيف بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار أصوات من مكبر للصوت مثبته على العصا نفسها. هذا وتعتبر دافعية الفرد الكفيف لتعلم مهارات فن الحركة والتنقل من مكان إلى آخر من أقوى العوامل التي تساعد في نجاحه في التنقل بأمان من مكان إلى آخر، باستخدام الوسائل التي أشير إليها أعلاه، مقارنة مع الأشخاص المبصرين جزئياً أو كلياً (الروسان، 1994) (Jacobson, 1993).

خامساً: استخدام الحاسوب في تعليم وتدريب المعاقين بصرياً

لقد ظهر هذا الاتجاه في استخدام الحاسوب في تعليم المعاقين بصرياً لتميز الكمبيوتر بالصبر مع المتعلم، والتعلم الفردي ولتباين الفروق في القدرات بين التلاميذ ذوي الإعاقات الحسية، ولإمكانية تعلم التلميذ وفق سرعته الخاصة مما يتفق مع طبيعة التلميذ ذي الإعاقة الحسية.

إن التعليم الفعال والمثمر للتلاميذ المعاقين بصرياً يتطلب من المعلمين استخدام أنواع متعددة ومختلفة من أساليب واستراتيجيات التدريس ومنها استخدام التكنولوجيا في تعليمهم، ويمكن توظيف الحاسوب في تعليم وتدريب المعاقين بصرياً، واستخدام طرق تدريس تركز على استغلال الحواس المتعددة لأغراض التعليم والتدريب بحيث يعمل المعلم على دمج الصوت بالصورة وهذا الدمج الحسي يقدم بشكل متكامل للطالب حتى لا يحدث أي خلل ويؤدي إلى خلق مشكلات تعليمية.

هذا ويلعب الكمبيوتر ثلاثة أدوار في الفصل كمعلم أو كأداة أو كتلميذ:

- ففي دور المعلم تعمل برامج الكمبيوتر كمعلم يعطي الإرشادات للتلاميذ ويقوم بتدريبهم على المهارات المختلفة، والكمبيوتر هنا لا يحل محل المعلم الطبيعي، إلا أنه يقدم فرصاً إضافية للإرشاد قد لا يمكن توافرها من طرائق أخرى والبرامج التي تساند الوظيفة التعليمية للكمبيوتر تسمى برامج الكمبيوتر الإرشادية.
- أما عندما يستخدم الكمبيوتر كأداة، فإنه يساعد التلاميذ على أداء مهام معينة مثل: كتابة ورقة أو رسم صورة والبرامج التي تدعم عمل الكمبيوتر كأداة تسمى بالبرامج التطبيقية.
- أما الدور الثالث وهو دور التلميذ فإن التلاميذ يستخدمون لغة برمجة مثل "البيسيك" أو "اللوجو" لتعليم الكمبيوتر أداء مهمة معينة.

إن العديد من الخبراء قد أكدوا على ضرورة استخدام الأفراد المعاقين بصرياً للوسائط المتعددة، وذلك بسبب زيادة معدل استخدام هذه الوسائط في بيئات التعلم وأماكن العمل، ويعتبر اللعب من الأشياء المتعة بالنسبة للأطفال، فالطفل هو الذي يختار نشاطاته بحرية، ويمكنه أن يستمر أو يتوقف دون أدنى تدخل من الآخرين، ودائماً ما يسبب اللعب للطفل الشعور بالسعادة ويخفف من توتره، ويتيح له فرصاً

كثيرة للتعلم، وتنطبق تلك الفوائد على الأطفال المعاقين بصرياً شأنهم في ذلك شأن العاديين من أقرانهم.

ويتبين أن الطفل خلال اللعب والتعلم ينغمس في نوعين من النشاط هما: السلوك المعرفي والسلوك الترفيهي، ونرى أن كل أنماط اللعب تضم كلا العنصرين؛ فتعلم الطفل لشيء جديد يعد نشاطاً معرفياً، أما حين يكرره دون تغير أو بتغيرات بسيطة فيكون هذا النشاط ترفيهياً.

وتعتبر ألعاب الكمبيوتر التعليمية المبنية على تكنولوجيا الوسائط المتعددة أداة قوية وفعالة في تعديل وتنمية سلوك الأطفال بصفة عامة والأطفال المعاقين بصرياً بصفة خاصة وذلك لأنها وسيط محبب لجميع الأطفال.

كما أن الإعاقة البصرية تقلل من المشاركة الإيجابية والفعالة للأطفال المعاقين بصرياً مع من حولهم، فغالباً ما يعتمد تعاملهم مع الآخرين على طرق وأساليب مختلفة عن الأطفال العاديين، وعليه يمكن الإشارة إلى أن استخدام الكمبيوتر في تعليم الأطفال المعاقين بصرياً يوفر لهم الكثير من المفردات اللغوية ويساعدهم على فهم وتفسير النصوص ويحقق نتائج أكثر في تعلم المفاهيم الرياضية، ومهارات التفكير ومهارات حل المشكلات ويزيد من ثقة المعاقين بصرياً بأنفسهم وعليه يجب الاستفادة مما يقدمه الحاسوب في تعليم المعاقين بصرياً كأفراد في مجتمع لهم كل الحق في توفير الفرص المتاحة لهم للتعليم والاستغلال الأمثل لإمكاناتهم وقدراتهم.

إن من المسلمات التربوية أن لكل طفل الحق في الحصول على تربية لا فرق بين سوي ومعاق، وهذا ما تتبته الأمم المتحدة في قانون عام (142/94) والمعروف بالتربية لكل الأطفال المعوقين.

كما أن أغراض التربية وأهدافها متماثلة في جوهرها بالنسبة لجميع الأطفال رغم أن التقنيات اللازمة لمساعدة وتقدم كل طفل على حدة قد تختلف قوة ومقداراً حسب نوعية الطفل ودرجة إعاقته، وبما أن التلاميذ الذين يعانون من الإعاقات الحسية ليسوا مجموعة متجانسة فهذا يتطلب الوقاية والرعاية الصحية الشاملة والاعتراف بحقوقهم كمواطنين وإتاحة فرص التعليم المناسبة لهم ونشر الوعي بين الأفراد للتعامل معهم، إذ إن مشكلاتهم الجسمية والصحية قد تحول دون تعلمهم مثل أقرانهم الأمر الذي يترتب عليه ضرورة توفير الخدمات التربوية الخاصة، والخدمات المساندة في كثير

من الأحيان. وتتباين درجة الإعاقة الحسية من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة وبالتالي يجب على معلم التربية الخاصة معرفة خصائصهم الجسمية والنفسية والاجتماعية والتربوية والعصبية والتعليمية والمهنية والتدريبية، لكي يستطيع تقديم البرامج التربوية التي تناسبهم والارتقاء بهم إلى أقصى درجة ممكنة.

وتتمثل استخدامات الحاسوب في مجال الإعاقات البصرية فيما يلي:

- استخدام الحاسوب في مساعدة المعاقين بصرياً في القيام بواجباتهم المدرسية.
- تطبيق الخطة الفردية التربوية.
- مساعدة الطلاب في حل بعض المشاكل كمشكلة القراءة والاستيعاب القرائي والكتابة والحساب بلغة برايل.
- استعمال الحاسوب كوسيلة تعليمية للمكفوفين وهي تتضمن مهارة الحصول على المعلومات من خلال اللغة المكتوبة أو المنطوقة باستعمال الحاسوب، وهذه تشبه إلى حد كبير اللغة العادية الطبيعية ويهدف المشروع إلى تطوير نظام صوتي بديل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي.
- استعمال الحاسوب كوسيلة تعليمية للصم.

أ. العوامل المؤثرة في اختيار الحاسوب كوسيلة تعليمية مناسبة للمعاقين بصرياً:

- طريقة التدريس: إن اتباع المعلم طريقة معينة في التدريس تفرض عليه اختيار نوع معين من الوسائل التعليمية.
- نوع العمل المطلوب أداؤه: أي مستوى الهدف الذي حدده المعلم في تخطيطه للدرس والمطلوب من المتعلم إنجازه.
- خصائص المتعلمين: الخصائص الجسمية (عاديون/ معاقون/ نوع الإعاقة ومداها)، الخصائص المعرفية (هل الفئة أمية أم متعلمة)، الخصائص الوجدانية (اتجاهاتهم نحو الحاسوب كوسيلة تعليمية مناسبة للمعاقين بصرياً إيجابية أم لا).
- الإمكانات المادية والفنية المتاحة: (الأبنية المدرسية، وقاعات العرض، وتوافر الوسائل والإمكانات المالية للشراء، والفنية للإنتاج والتصنيع).

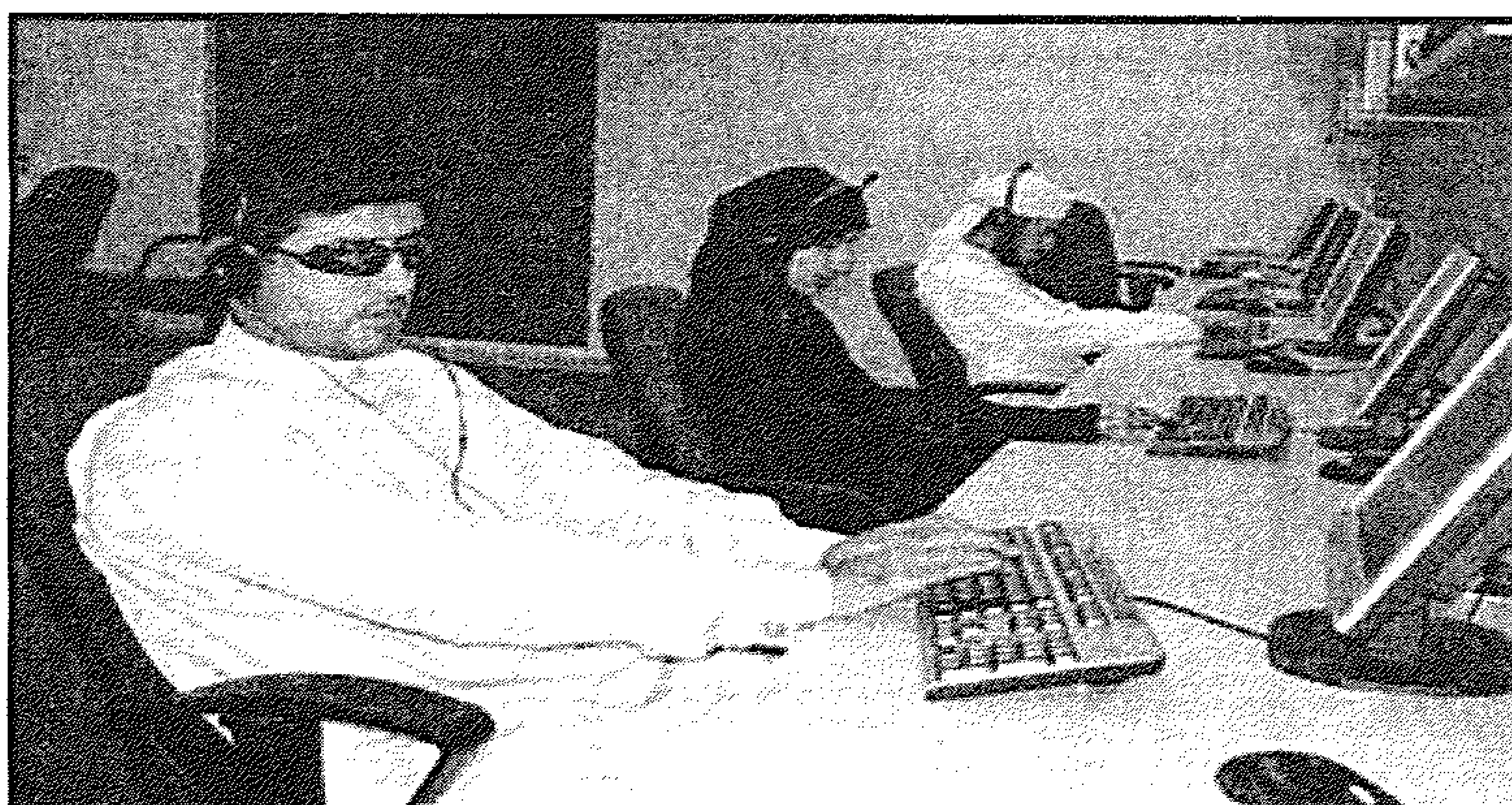
- اتجاهات المعلم ومهاراته: مدى رغبة المعلم في استخدام الحاسوب كوسيلة تعليمية ومدى قدرته على التعامل معها وتفضيله لها دون غيرها.
- على المدرس اختيار الوسيلة بشكل موضوعي: بعيداً عن الذاتية وهذا سيؤدي إلى تخطيط سليم للدرس ونجاح محقق.

هذا وتبرز أهمية توظيف الحاسوب في تعليم وتدريب المعاقين بصرياً فيما يلي:

1. لها أثر على المعاقين بصرياً؛ حيث يضبط المتعلم سرعة تعلمه، بحيث إن استخدام برامج الحاسوب بصورة فردية من قبل المعاق بصرياً يتيح له الفرصة لكي تتحدى قدراته وإمكاناته ليثبت لذاته أنه قادر على التعلم، وبالتالي أصبح لديه الحافز الداخلي للتعلم ولم يعد متلقياً من المعلم أو متتبعاً لكتاب دراسي.
2. إن استخدام برامج الحاسوب بصورة فردية من قبل المعاقين بصرياً يوفر للتلاميذ بيئة اتصال ثنائية الاتجاه (أي من البرنامج إلى التلميذ ومن التلميذ إلى البرنامج) وهذا يمنح المعاقين بصرياً درجة أكبر من الحرية في التجول في البرنامج وزيادة الدافعية للتعليم).
3. إن الكمبيوتر يسهم بإمكانياته الهائلة في تطوير الإدارة التعليمية وخاصةً عمليات التسجيل والجداول والدراسات والامتحانات والنتائج وغيرها.
4. إن التغذية الراجعة الفورية لكل استجابة، أو المؤجلة في نهاية الجلسة تجعل المعاقين بصرياً نشيطين دائماً ومنتبهين للمثيرات المعروضة أمامهم من أجل الفوز بالمعززات الإيجابية المتنوعة والتي تعرضها البرامج الموجودة بالحاسوب.
5. إن البرامج المصممة بالحاسوب تخاطب حواس التلاميذ المعاقين بصرياً، وتثير قدراتهم العقلية المعرفية، حيث جعلتهم في حالة انتباه تام لما يعرض عليهم من معلومات لأن الانتباه للمثيرات وإدراكها عمليات عقلية معرفية تسبق التفكير.
6. يساعد الحاسوب على استثارة اهتمام المعاقين بصرياً وإشباع حاجاتهم للتعلم، ويقصد بالحاجة التعليمية هي الفرق بين ما هو كائن من معلومات وما يجب أن يحصل عليه المتعلم، وتفتح له الوسائل الآفاق الجديدة من المعرفة.

7. يساعد الحاسوب على زيادة خبرات المعاقين بصرياً فتجعلهم أكثر استعداداً للتعلم.
8. يساعد الحاسوب أن تتحاشى الوقوع في اللفظية، وهي أن يستخدم المدرس ألفاظاً ليس لها عند المعاقين بصرياً نفس الدلالة التي عند قائلها، والسبب يعود إلى اختلاف الخبرات عند الطرفين.
9. يساعد الحاسوب على تنويع أساليب التعليم لمواجهة الفروق الفردية بين المعاقين بصرياً المتفاوتين في قدراتهم.
10. يساعد الحاسوب على جعل التعليم أكثر عمقاً وثباتاً في أذهان المعاقين بصرياً وتساعد على إطالة فترة تذكرهم لما يتعلمون.
11. يساعد الحاسوب على زيادة سرعة العملية التربوية، فهي تحقق تعلماً بأسرع وقت، وأقل جهد، وأحسن النتائج، وبالتالي فإنها تسهل عملية التعلم والتعليم.
12. لقد دلت الدراسات على زيادة التحصيل الدراسي عند التعلم بمساعدة الكمبيوتر، وإن التعلم عن طريقه يتكافأ مع الطرق الأخرى، وإنه يحسن التعليم لدى التلاميذ ذوي الإعاقات الحسية.
13. تصميم برامج تعليمية مناسبة وملائمة لتحقيق الأهداف التعليمية الموضوعة لكل طالب.
14. وجود عنصري الصح والخطأ (التعزيز) أمام المتعلم مباشرةً، وهو يعتبر أسلوباً جيداً للتقويم الذاتي.

ب. توصيات خاصة بتوظيف الحاسوب في تعليم وتدريب المعاقين بصرياً:



فيما يلي نستعرض بعض التوصيات الخاصة بتوظيف الحاسوب في تعليم وتدريب المعاقين بصرياً:

1. على المسؤولين عن تخطيط البرامج التربوية للمعاقين بصرياً مراعاة أن تتلاءم تلك البرامج مع إمكانات وقدرات التلاميذ، ومراعية للفروق الفردية الموجودة بين التلاميذ بعضهم البعض، وبما تتلاءم مع خصائصهم.
2. ينبغي ضرورة الاهتمام بتكنولوجيا الوسائط المتعددة في موقف التدريس في الفصل الدراسي، لما لها من أثر فعال في تنمية مهارات وقدرات التلاميذ المعاقين بصرياً في مجالات النمو الاجتماعي والوجداني، وفي إكسابهم المزيد من الخبرات والاستفادة من الوسائل التكنولوجية الحديثة من حولهم.
3. الاهتمام بتدريب المعلمين على مهارات توظيف واستخدام تكنولوجيا الوسائط المتعددة أثناء التدريس للتلاميذ المعاقين بصرياً وبما ييسر لهم عملية التواصل معهم، والارتقاء بمستوى أدائهم.
4. أن تستمد الأنشطة والبرامج التربوية المقدمة للتلاميذ المعاقين بصرياً من البيئة المحيطة بالتلاميذ والاستفادة قدر الإمكان من الخبرات الموجودة لديهم، وبما يؤدي إلى زيادة دافعية التلاميذ وتنمية اتجاهاتهم وميلهم نحو التعلم.
5. الاستفادة من الألعاب التعليمية التي تقدم من خلال برامج الكمبيوتر المتنوعة في عرض الأنشطة والخبرات التربوية للمعاقين بصرياً والتي ثبت من خلال نتائج الدراسات والبحوث السابقة في الميدان أنها تنمي مهارات المعاقين بصرياً وتحسن من مستوى أدائهم في المجالات المختلفة.
6. ينبغي التركيز عند تقديم الأنشطة والألعاب التعليمية للمعاقين بصرياً في موقف الفصل الدراسي على مثيرات متنوعة متضمنة (الأصوات والأشياء الملموسة وذات الرائحة المألوفة لدى المعاقين بصرياً والاستغلال الأمثل لحاسة اللمس والشم والسمع).
7. أن تهتم المدارس بتوفير مختبرات للكمبيوتر وتدريب التلاميذ على استخدام الأجهزة والاستفادة منها، مع توفير برامج تعليمية متنوعة على

اسـطوانات مدمجـة والـتي مـن شـأنها جـذب انتبـاه التلاميـذ باسـتمرار وتشويقهم وإثارتهم نحو التعلم الفعال.

8. أهميـة وجـود تفاعـل وتعـاون مـستمر فيمـا بـين المدرسـة والأسـرة والـذي مـن شأنه التركيز على طبيعة المثيرات التي يجب الاستعانة بها عند التعامل مع التلاميـذ المعـاقين بـصرياً، وتحـسين مـستوى أدائهـم في مجـالات النمـو المختلفة، وتشجيع أولياء الأمور على الاستعانة بأنشطة وألعاب الكمبيوتر المختلفـة عنـد متابعـة أبنـائهم في المنـازل وفي ضـوء خطـة منظمـة فيمـا بـين الأسرة والمدرسة.

9. ضـرورة تـوفير أخـصائيين في مجـال تكنولوجيـا التعلـيم بمـدارس التربيـة الخاصة يمكن الاستعانة بهم في تصميم برامج وأنشطة لذوي الحاجات الخاصة.

10. إجراء المزيد من الأبحاث لزيادة المعرفة والوعي (لدى رجال التعليم ومقدمي المحتوى، المبرمجين، رجال التسويق)، بأبعاد الإعاقة وتأثيرها، وبطبيعة الأفـراد ذوي الحاجـات الخاصـة، ومتطلبـاتهم واسـتراتيجياتهم التعليميـة، وذلـك بغـرض إنتـاج برمجيـات كمبيـوتر متعـددة الوسـائط لهـذه الفئـات، لمساعدتهم وتلبية احتياجاتهم التعليمية.

ومن هنا تعتبر برامج الحاسوب المقدمة لتعليم وتدريب المعاقين بصرياً المتفقة مع قدراتهم وخصائصهم وفي أساليب تعليمهم وسيلةً جيدة لكي ترتقي بهم نحو النمو السليم الذي يؤدي إلى تحقيق ذواتهم وإشعارهم بدورهم وإنسانيتهم بهدف الوصول بهم إلى أقصى مدى ممكن تسمح به قدراتهم، لذلك يجب على كل مجتمع وكل معلم أن يهتم بتعليم الأجيال تعليماً سليماً باستخدام جميع وسائل التكنولوجيا المتطورة التي تساعد على تحسين عملية التعليم لكي يغدو جيلاً مبدعاً مثقفاً يساعد على تقدم المجتمع وتطوره ليواكب المجتمعات المتقدمة.

سادساً: أهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمها المكفوفون وضعاف البصر

1. المعـداد الحـسابي (**Cranner Abacus**): ويـستخدم هـذا المعـداد مـن أجـل إجـراء العمليـات الحـسابية للمكفـوفين، وقـد تطـورت هـذه الآلـة لتـساعد

المعاقين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي. ويتكون المعداد الحسابي وهو مستطيل الشكل، من (13) عموداً متوازناً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزأين؛ الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود، والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضاً، كما توجد أسفل كل جزء بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية. وقد تم حديثاً تطوير وسيلة إلكترونية حديثة لإجراء العمليات الحسابية تعتمد على إصدار الأصوات بالإضافة إلى إظهار النتائج بشكل بصري خاصة للأفراد الذين يعانون من إعاقة بصرية جزئية.

2. الأوبتكون (**Obtecon**): وهو عبارة عن جهاز إلكتروني يعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى كلمات وأحرف بارزة يستطيع أن يقرأها الكفيف بوضع إصبع إحدى يديه في مكان مخصص من الجهاز. أما يده الأخرى فيستخدمها في تمرير كاميرا الجهاز على المادة المكتوبة (**Hallahan & Kauffman, 1991**). ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة، والكتب والمجلات والجرائد، وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت إصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما يقرأ الكفيف، ويقرأ الكفيف بهذه الطريقة، ما معدله من (5 ـ 11) كلمة في الدقيقة.

3. الدائرة التلفزيونية المغلقة: جهاز يصور ما هو مكتوب على ورقة الكتاب عن طريق كاميرا ملحقة بالجهاز نفسه، ويتم عرض المادة على شاشة التلفزيون ويقوم الطالب بتعديل العدسة ويكبر الطباعة بالدرجة المطلوبة.

4. فيرسا برايل: وهو جهاز يحول الكلام المسجل على شريط إلى نقاط برايل النافرة.

5. كرزويل للقراءة: وهي تشبه آلة التصوير يوضع عليها الكتاب وتعمل كاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحة ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع.
6. التلسكوب: يحتوي على عدسة مكبرة، يمكن أن يحمله الفرد أو يضعه على النظارة ويستخدم للرؤية على مسافات معينة.
7. المكبر: عدسة مكبرة لمساعدة ضعيفي البصر على القراءة، وهي إما أن تكون مكبراً يدوياً أو مكبراً يرتكز على حمالة.

سابعاً: البرامج التربوية والأساليب العلاجية للصم المكفوفين

ذكر الجوالده (2012 ـ أ) أن ولادة طفل أصم وكفيف في آنٍ واحد، لا تجرده من إنسانيته كما أنها لا تنقص من إمكانياته إذا ما تم تقديم المساعدة والتدريب لهذه الفئة من ذوي الإعاقات المتعددة، وعند ولادة طفل أصم كفيف يواجه والداه تجربة لم يتنبؤا بها ولم يستعدوا لها.

ومما يجدر ذكره أن الطفل الأصم المكفوف رغم العجز الذي لديه، فهو أيضاً يمتلك قدرات تتضمن بعض الرؤية أو السمع المفيد، وحتى يحصل على الفرصة لتعلم كيفية استخدامهم بفاعلية يجب أن نعلم لأي مدى سيعيقه عجزه.

فقديماً شخّص الكثير من الأطفال الصم المكفوفين كمعاقين عقلياً وذلك قبل أن يمنحوا الفرصة الكافية لتطوير مهارات التعلم المبكر لديهم، ونتيجة لذلك لم يطوروا قدراتهم واستعداداتهم، وعوملوا كأنهم غير قادرين على التعلم.

ثامناً: متطلبات التعامل مع الصم المكفوفين

1. التشخيص الدقيق: هذه الفئة من ذوي الإعاقات واجهت صعوبات كبيرة في التشخيص لأنه يوجد خلط كبير بين الصمم ودرجات ضعف النظر إذ يوجد دائماً صعوبة بتصنيف ما تعنيه من اسم (الأصم المكفوف).
2. استخدام البقايا السمعية والبصرية بفاعلية: إذا كان الطفل قادراً على تعلم كيفية استخدام بصره بصورة كافية تسمح له بالاتصال بصرياً مع تدريب مبكر على (قراءة الشفاه + لغة الشفاه + صور الإيماءات أو لغة الإشارة)، من المحتمل أنه يمكن تعليمه كطفل أصم ،أما إذا لم تسمح

بقاياه البصرية له بالتعلم كطفل أصم فيجب إيجاد أسلوب للتواصل معه عندما يصل لعمر المدرسة، لذلك فإن مهارات التعلم المبكر وتدريب السمع والبصر المتبقي هي أهداف أساسية لمساعدة الطفل مهما كانت درجة فقدان السمع والبصر لديه.

3. الاتجاهات الإيجابية: من المهم أيضاً أن تقف موقفاً إيجابياً نحو الطفل فهو بحاجة للحب كأي واحد منا.
4. الرعاية التكاملية: إن الطفل بحاجة للمشاركة في اختيار البيئة التعليمية المناسبة له والتي تمكنه من التعلم وإعطائه الفرص الكاملة للنمو بشكل سليم.
5. توفير البيئة الآمنة: الطفل يحتاج للرعاية لكن ليس لحماية مبالغ بها، وخلافاً لذلك فإنك ستحرمه فرصة الاكتشاف، عليه أن ينمو ويتغير، وأكثر شيء أن يكون هو كأي شخص عادي.
6. إدارة الوقت: على أسرة الطفل الأصم الكفيف إدارة الوقت المخصص للمتطلبات الأسرية بفاعلية تختلف عن باقي الأسر ممن لا يوجد لديهم طفل معاق بحيث يتم تخصيص الوقت الكافي للعناية بالطفل الأصم الكفيف بدرجة أكثر من باقي أفراد أسرته.
7. الاستقلالية: علينا في كل فرصة تعليم الطفل الأصم الكفيف الاعتماد على نفسه وفق ما تسمح به إمكاناته.
8. تنمية الاستعدادات وتطوير القدرات: عند التعايش مع الطفل يمكنك أن تدرك كم هي إمكانيات الطفل كبيرة، لذلك على الأسر ملاحظة هذه الإمكانات وعلى مدار الساعة لأن حصول الطفل على فرص تعليم صحيحة يعزز نموه العقلي.
9. طلب الدعم والمساندة: بالطبع لن تكون وحدك من يساعد في تطوير قدرات الطفل، يفضل اللجوء إلى فريق متعدد التخصصات اللذين سيوفرون لك الدعم والمساندة و يشاركونك في هذه المهمة.
10. الأسر المختصة: لأن الأسر تعيش مع الطفل (24) ساعة كل يوم، (7) أيام في الأسبوع، 52 أسبوعاً من كل سنة، فهم يعرفون طفلهم أكثر من أي

أخصائي كان، فهم خبراء اليوم أخصائيو المستقبل، وهذا أساسي للتخطيط لمستقبل الطفل في تعليمه وتدريبه في كل مرحلة من حياته.

في الماضي كانت واجبات أهل الصم المكفوفين توكل إلى أخصائيين لأن الأهل لم يكونوا يدركون أهمية دورهم في حياة الطفل المعاق، ومع تغير الاتجاهات القديمة أصبح اليوم يعاملون كمعلمين لأطفالهم من حقهم الحصول على المعلومات التي تمكنهم من أداء هذه المهمة بصورة جيدة.

الأطباء وأخصائيو الأطفال هم أول من يهتم بالطفل ونحن نعتمد عليهم في الحصول على المعلومات عن مدى الإعاقة. في بعض الأحيان هذه الأحوال تتغير فالسمع يمكن أن يقل وحالة العين يمكن أن تتغير، الفحوص الدورية عند أخصائي السمع والبصر أساسية لتزويدنا بالمعلومات اللازمة لتخطيط وتنفيذ البرامج المناسبة.

إن أسر الصم المكفوفين لا يستطيعون عمل ما هو أفضل دون مساعدتهم، والمعلمون لا يستطيعون استثمار معرفتهم ومهاراتهم إلا إذا شاركتهم الأسر بمفهومها الخاص بطفلها، لذلك يجب أن يكون هنالك علاقة حقيقية في تخطيط الأهداف والمحتويات للبرنامج التعليمي كي يكون هنالك استمرارية في كلا الحالتين.

ومن الجدير بالذكر أن الطفل من وقت لآخر سوف يقيّم، ربما بواسطة فريق يتضمن أطباء وخبراء نفسيين، ومعلمين وأخصائيي حركة وآخرين، والهدف الرئيس، هو تحديد مستوى التطور الذي وصل إليه الطفل والإيعاز بالعلاج القادم موقع التعليم...إلخ.

الأعضاء الأكثر أهمية في فريق كهذا هم الآباء والأمهات وعند اتخاذ قرارات دون أخذ رأي الأهل فعليهم أن يفعلوا ما يناسب الظروف المحيطة بالطفل وأن لا يقبلوا إلا ما يناسب طفلهم. (الجوالده، 512 ـ ب)

تاسعاً: التدخل المبكر والوقاية من الإعاقات البصرية

إن التدخل المبكر بمفهومه العام هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل: خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة. ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم، والتدخل على مستوى البيئة

والمجتمع المحلي، حيث يكون الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التقليل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوافرة محلياً، إضافة إلى إمكانية شمولها على تعزيز وتطوير برامج التوعية الاجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقات الحسية.

ومن الجدير بالذكر أن الصعوبة في المهارات الاجتماعية تؤثر بشكل سلبي وواضح على الأطفال المعوقين بصرياً وتؤدي إلى شعورهم باليأس والإحباط، ويؤدي ذلك إلى وجود صعوبة في تكيفهم أو تقبلهم من قبل المعلمين والأقران الأمر الذي يؤدي إلى تطور المزيد من المشكلات الاجتماعية والتكيفية. ويرى بريان **(Bryan,1991)** أنه ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولي اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين للأسباب التالية:

1. إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي ـ الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وبنسب مختلفة.
2. إن العجز في المهارات الاجتماعية ـ الانفعالية يزداد إذا لم يُقدم تدخل علاجي فعّال.
3. إن العجز في المهارات الاجتماعية ـ الانفعالية يؤثر بشكل سلبي على النمو المعرفي واللغوي لدى الطفل.
4. إن مثل هذا الاضطراب في مراحل الطفولة يعطي مؤشراً غير مطمئن لنمو الطفل المستقبلي فهو يعني احتمال حدوث مشكلات تكيفية في مراحل العمر اللاحقة.

عاشراً: أهداف برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة البصرية

1. تطوير القدرات الحركية العامة والدقيقة للطفل.
2. مساعدة الطفل على الاستفادة من قدراته البصرية بأقصى ما تسمح به حالته عن طريق استخدامها المعينات البصرية المختلفة.
3. تطوير لغة الطفل المعوق بصرياً وتنمية قدرته على الكلام منذ أصغر سن ممكن.
4. تطوير المهارات الاجتماعية وذلك بفعل التصرف المناسب في المواقف الاجتماعية والتواصل مع الآخرين والقيام بالمهارات الحياتية اليومية.

5. تطوير القدرة البصرية لدى الطفل المعاق بسبب اعتماده عليها في إدراك وتمييز المثيرات (القريوتي، 2003. الجوالده، 2012 ـ ب).

أما أهم الإجراءات للوقاية من الإعاقة البصرية كما بينها القريطي (1996) فهي تتضمن ما يلي:

1. الكشف الطبي على راغبي الزواج من الأقارب خاصة.
2. التوعية والتثقيف الصحي بجميع الوسائل المختلفة بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشي إصابات العين وانتقال العدوى وبمسببات الإعاقة البصرية وأعراضها، وأهمية ملاحظة الدلائل والمؤثرات المبدئية على وجودها، والتبكير في اتخاذ الإجراءات الطبية لعلاجها والسيطرة على آثارها.
3. تهيئة الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء الحمل وعملية الولادة.
4. تعميم التطعيم والإجراءات الوقائية.
5. حث الوالدين على الاهتمام بالتشخيص والكشف المبكر للإعاقة البصرية وأمراض العيون قبل استفحال آثارها.
6. الكشف الطبي الدوري عن طريق مراكز رعاية الطفولة والأمومة والمراكز الصحية.
7. توفير النظارات الطبية والعدسات المناسبة للحالات المختلفة من الفقدان البصري.
8. التبكير في تدريب الطفل المعوق بصرياً على اكتساب مهارات التوجه والحركة والانتقال بشكل مستقل وباستخدام المعينات الحركية كالعصا البيضاء.
9. التوسع في إلحاق الأطفال المعوقين بصرياً بدور الحضانة ورياض الأطفال لإكسابهم المهارات الأساسية اللازمة لنموهم وتأهيلهم للدراسة بالمرحلة الابتدائية مع أقرانهم في فصول الأطفال العاديين أكبر وقت ممكن وذلك لزيادة فرص التقبل والتواصل وبناء علاقات مستمرة.
10. اتخاذ الوسائل الوقائية الملائمة للحد من إصابات العيون في المصانع والورش التي تستخدم فيها بعض المواد الكيماوية والنظائر المشعة وغيرها.

حادي عشر: مقومات برامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً

1. دور الأسرة: لا شيء أهم من الأسرة وبخاصة الأم بالنسبة لنمو الطفل المكفوف، فمحبة الوالدين وقبولهم عاملان مهمان يؤثران على نمو الطفل وقبوله لنفسه، ويجب على المعلمين تفهم مشاعر الوالدين وحاجاتهما بالتوجيه والإرشاد لمساعدتهما على توفير الخبرات اليومية اللازمة لطفلهما، وفي العادة يرغم المعلمون في مرحلة ما قبل المدرسة على التدخل في الحياة الأسرية للطفل المكفوف، وبناء على ذلك ينبغي على المعلمين أن يتدخلوا بأسلوب مرغوب فيه، وأن يعرفوا أن مشكلات الأسرة تساعدهم وتساعد الوالدين على تحقيق أهدافهم فالتفاعل بين الأم والطفل يعتمد على كل من الصورة الموجودة لديها عن ذاتها كأم وشعورها بالرضى عن طفلها وخصائص الطفل ونموه، وبسبب غياب أنماط التواصل العيني مع الطفل المكفوف فإن الصورة الذاتية للأم قد تتأثر بشكلٍ كبير إذا لم تقدم لها المساعدة.
2. الاتصال: لما كانت اللغة أساسية للنمو والنضج فلابد من تطويرها جيداً لدى الأطفال المكفوفين، واللغة تتطور بناء على الخبرات المباشرة مع الأشياء، ولذلك فإن على الأمهات والمعلمات أن يتحدثن للطفل المكفوف عن الأشياء والأنشطة من حوله وأن يشجعنه على استخدام حواسه الأخرى للملاحظة وتطوير تصورات عقلية للأشياء والتحدث عما يدركه.
3. مفهوم الذات: يجمع علماء النفس على أن مفهوم الذات الإيجابي شرط للأداء الإنساني الفعال، حيث ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تركز بداية على وعي الطفل لذاته جسمياً فهو بحاجة للمساعدة في التعرف على أجزاء جسمه ووظائفها، فذلك يساعده في تكوين صورة عقلية لجسمه والوظائف التي يقوم بها، ويفترض أن يبدأ هذا النوع من التدريب عندما تتطور لغة الطفل، ويجب أن يتم تدريبه من خلال الخبرات الحقيقية وليس لفظياً فقط ثم ينبغي التركيز على تطوير مشاعر الطفل بالأمن والتعامل معه بدفء والتعبير عن الإيمان بقدراته وتوظيف الأنشطة التي يستطيع أن ينجح بتأديتها.

4. التعرف والتنقل: تهدف مهارات التعرف والتنقل إلى تطوير قدرات الطفل على استخدام حواسه المتبقية لديه وعلى إدراك مكانه في البيئة، ويجب أن تركز برامج التدخل المبكر على هذه المهارات مبكراً بعد أن يتعلم الطفل الحركة، فمن المهم أن يتعلم الطفل المكفوف كيف يتنقل بأمان وكيف يكتشف أماكن الأشياء ويتجنب الحواجز، ولكن الحماية الزائدة والخوف غير المبرر على الطفل يجب تجنبه لأنه يحد من التواصل الاجتماعي ومن خبراته.

وتركز برامج التعرف والتنقل عادة على المهارات الحركية الكبيرة والوعي البيئي والمهارات الإدراكية والتدريب الحسي، وتهتم هذه البرامج بالبداية بتطوير وعي الطفل لجسمه وموقعه من الناس والأشياء من حوله، ويتم ذلك من خلال التكلم مع الطفل بكلمات بسيطة لوصف ما يجري من حوله ولتعريفه ببيئته ومساعدته على استكشافها وتحديد مواقع الأشياء فيها، وكذلك ينبغي تدريب الطفل وتعريفه على الاتجاهات المختلفة بالنسبة لجسمه لأن ذلك يشجعه على التنقل المستقل.

5. تطوير الحواس الأخرى: تركز برامج التدخل المبكر للأطفال المعوقين بصرياً على تدريب الطفل على استخدام حواسه الأخرى بشكل فعال، فاستخدام الحواس المختلفة يساعد الطفل في إدراك الأشكال والحجوم والحرارة ومواضع الأشياء، ويشتمل هذا التدريب على تنمية حاسة اللمس من خلال تهيئة الظروف للطفل للتعرف على ملمس الأشياء وحجمها وأوجه الشبه والاختلاف بينها، وكذلك فهو يشمل على تطوير حاسة السمع من خلال تدريب الطفل على وعي الأصوات وتحديد مواقعها والتمييز بينها، وكذلك حاستا الشم والتذوق تزودان الطفل المكفوف بمعلومات مفيدة عن الأشياء وبخاصة إذا تضمن التدريب خبرات حقيقية وطبيعية كما ينبغي على المختصين تطوير القدرات البصرية المتبقية للطفل.

6. المهارات الحياتية اليومية: والهدف من هذا التدريب هو تطوير قدرة الطفل على الاعتماد على النفس قدر المستطاع، والقيام بذلك بأسلوب اجتماعي مقبول فالطفل المكفوف بحاجة لأن يتعلم كيف يأكل ويلبس وينظف

نفسه...إلخ، وعندما يمر الطفل بخبرات ناجحة في هذا الصدد فهو يصبح مهيأ أكثر في المراحل العمرية اللاحقة ليكون إنساناً ناجحاً ونشطاً اجتماعياً.

7. اللعب: يتعلم الطفل من خلاله مجالات النمو المختلفة الحركية والاجتماعية واللغوية والإدراكية وقد لا يكون هناك حاجة لتعديل بعض الألعاب للأطفال المعوقين بصرياً.

ثاني عشر: نماذج من برنامج التدخل المبكر للمكفوفين لتطوير حواسهم

إن الاكتشاف لحالات الضعف البصري وأمراض العيون ومعالجتها الفاعلة في وقت مبكر تمنع تفاقم المشكلات وتطور حالات الضعف إلى مرحلة العجز، وحتى في حالات حدوث العجز فإن إجراءات مهمة يمكن تنفيذها للوقاية من حدوث الإعاقة، فالعدسات الطبية والمعالجة بالعقاقير والجراحة واستخدام الأدوات والمعينات البصرية المختلفة من شأنها أن تحد من عواقب الضعف البصري على النمو الإنساني. كما أن الأطفال يحتاجون للفحوصات الدورية لعيونهم في مرحلة ما قبل المدرسة، ويجب اتخاذ الإجراءات اللازمة للمحافظة على صحة العين وسلامة البصر وتقديم الخدمات الطبية والتربوية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة، فالوقاية ليست مسؤولية الأطباء أو الجهات الصحية الرسمية، بل إنها مسؤولية الأسرة والفرد والمجتمع كله (الحديدي، **1998**). ومن نماذج التدخل المبكر نقدم هذه الأمثلة لتطوير حواس المعاقين بصرياً.

النشاط الأول:

الهدف: أن يميز الطفل الحيوانات والطيور التي تربى في المنزل.

إعداد البيئة: يتم تجهيز المكان المجاور لحظيرة الروضة ووضع بعض الكراسي للأطفال فيه كما تجهز المعلمة بعض أنواع من طعام الحيوانات والطيور الموجودة بالحظيرة.

استراتيجية التدريس: تبدأ المعلمة بسؤال الأطفال عن من يربي أحد الحيوانات أو الطيور في المنزل، تشرح المعلمات للأطفال أن هناك بعض الحيوانات أو الطيور يمكن أن تتواجد في المنزل كالقطة أو الكلب أو العصافير أو البط في بعض الأحياء والمناطق الريفية. تصحب المعلمة الأطفال إلى حظيرة الروضة وتسمح لهم بإطعام الحيوانات الموجودة

ورعايتها وفي أثناء ذلك تثير المناقشة مع الأطفال حول حيوانات وطيور المنزل (ماذا تأكل، أين تنام، كيف نرعاها)، كما تلفت المعلمة انتباه الأطفال إلى رائحة المكان وإلى أصوات الحيوانات والطيور الموجودة به. تطلب المعلمة من الأطفال ذكر مجموعة من الحيوانات والطيور التي لا يمكن أن تتواجد في المنزل كالأسد والنمر مع إبداء السبب. تسمح المعلمة للأطفال بلمس هذه الحيوانات والطيور تحت إشرافها وتحدثهم عن دور كل من هذه الحيوانات والطيور في مساعدة الفلاح. تطلب المعلمة من الأطفال سماع صوت الطيور والحيوانات الموجودة والتمييز بينها. تساعد المعلمة الأطفال على لمس الطيور (الأوز، البط، الدجاج) والتعرف على الفروق فيما بينها من حيث شكل الجسم وملمس الريش، وعند العودة من هذا النشاط توزع المعلمة قطعاً من مادة المعجون وتطلب منهم تشكيلها كلٌ حسب رغبته من الحيوانات التي لمسها وتعرف عليها.

النشاط الثاني:

الهدف: أن يفرق الطفل بين أنواع البقول المختلفة (الفول، العدس، اللوبيا، البازيلاء، الفاصولياء).

إعداد البيئة: تجهز المعلمة مطعم الروضة بوضع منضدة تتسع للأطفال لعرض النشاط عليها، وتجهز مجموعة مختلفة من البقول هي: الفول والعدس واللوبيا والفاصوليا.

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بعرض مجموعة البقول السابقة على الأطفال للتعرف عليها وتناقشهم المعلمة في ملمس كل منها وأيها أكبر في الحجم، ثم تذكر لهم فائدة تناول البقول كطعام. تقوم المعلمة وأطفال المجموعة السابقة كلٌ بمفرده (بطريقة السلق) ثم تطلب من الأطفال تذوق طعم كل منها وتناقشهم في أوجه الاختلاف بينها في الشكل والطعم والرائحة بعد الطهي.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة.

النشاط الثالث:

الهدف: أن يذكر الطفل أسماء الخضراوات التي تأكل نيئة والتي تأكل مطهية ويفرق بين الخضراوات الطازجة والفاسدة.

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بتحضير مجموعة من الخضراوات (بعضها يأكل نيئاً والبعض الآخر يؤكل مطهياً) على أن يكون بها بعض الثمار الفاسدة. تعرض المعلمة على الأطفال مجموعة الخضراوات، وتسأل الأطفال عما يمكنهم أكله الآن (نيء) وعما لا يمكنهم إلا بعد الطهي، وتطلب المعلمة من الأطفال استخراج الخضار الفاسدة وتمييزها من بين باقي الخضراوات من خلال اللمس والشم والتذوق، وتطلب المعلمة من الأطفال تجهيز الثمار وذلك بغسلها جيداً لعمل طبق السلطة مع ملاحظة استخدام السكين البلاستيك والتنبيه على الأطفال بعدم استخدام السكين المعدني لخطورته وذلك بإشراف المعلمة.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة.

النشاط الرابع:

الهدف: أن يميز الطفل بين المذاقات المختلفة (مالح، حلو، مر، حامض).

استراتيجية التدريس: تقوم المعلمة بتجهيز مواد لها مذاقات مختلفة مثل: الليمون، العسل، محلول الملح، قشرة الجريب فروت، وتعرض هذه المواد على الأطفال وتطلب منهم تذوقها وتشرح الفرق في المذاق فيما بينها مع ملاحظة التأكيد على كلمات (مالح، حلو، مر، حامض). تعرض المعلمة على الأطفال مجموعة من الأطعمة لها نفس المذاقات السابقة، وتطلب المعلمة منهم تصنيف هذه الأطعمة بعد تذوقها ويقوم كل طفل بتسمية المذاق الذي أحسه عند تذوق هذا النوع من الطعام مثل: عصير الليمون دون سكر، مخللات، حلويات.

أسلوب التقويم: تستخدم المعلمة أسلوب الأسئلة (عبد الهادي، **2001**).

الفصل السابع
خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الجسمية والصحية

- تمهيد .
- الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً .
- تعليم الطلبة المعوقين جسمياً وصحياً .
- الاتجاهات والخلافات .
- تعديل البيئة الملائمة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً .
- برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً .
- التدخل المبكر ومرض السكري .
- التدخل المبكر والحصبة .
- التدخل المبكر وهشاشة العظام .
- التدخل المبكر والاستسقاء الدماغي .
- التدخل المبكر وشلل الأطفال .
- التدخل المبكر والتهاب الجهاز التنفسي .
- التدخل المبكر والثلاسيميا .
- التدخل المبكر والوقاية من السرطانات (الأورام) ومضاعفاتها .
- نماذج من برامج التدخل المبكر .
- استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة .
- الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة الحركية والجسمية .

الفصل السابع

خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقات الجسمية والصحية

تمهيد:

تعتبر فئات الأفراد المعاقين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسمياً وصحياً، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة على النحو الآتي:

أ. إصابات الجهاز العصبي المركزي (Neurological Impairments):

- الشلل الدماغي. (Cerebral Palsy)
- الشق الشوكي أو الصلب المفتوح. (Spinal Bifida)
- إصابة الحبل الشوكي. (Spinal Cord Injury)
- الصرع. (Epilepsy)
- استسقاء الدماغ. (Hydrocephaly)
- شلل الأطفال. (Polio)
- تصلب الأنسجة العصبية. (Multiple Sclerosis)

ب. إصابات الهيكل العظمي (Skeletal Impairments):

- تشوه وبتر الأطراف. (Amputation)
- تشوه القدم. (Club Foot)
- التهاب الورك. (Legg-Perthes Disease)
- عدم اكتمال نمو العظام. (Osteogenesisi Imperfect)
- التهاب العظام. (Osteoarthritis)
- الخلع الوركي الولادي. (Congenital Dislocation of Hips)
- التهاب المفاصل. (Arthritis)
- التهاب المفاصل الثياني. (Rheumatoid Arthritis)

- شق الحلق والشفة. (Cleft and Lip Palate)
- ميلان وانحراف العمود الفقري. (Scoliosis)

ج. إصابات العضلات (Muscular Impairments):

- ضمور العضلات. (Muscular Dystrophy)
- انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي. (Spinal Muscular Atrophy)

د. الإصابات الصحية (Health Impairments):

- الأزمة الصدرية أو الربو. (Asthma)
- التهاب الكيس التليفي أو الحويصلي. (Cystic Fibrosis)
- إصابات القلب. (Heart Diseases)
- متلازمة داون. (Down-s Syndrome)

الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً:

يعد من الصعوبة بمكان الحديث عن الخصائص السلوكية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً وذلك للعديد من الأسباب أهمها:

أ. اختلاف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقات الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

ب. اختلاف درجة كل مظهر من مظاهر الإعاقة الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا. وعلى ذلك يصعب على الباحث لموضوع الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي والسمات الشخصية، بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، وعلى سبيل المثال، فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى أخرى من فئات الأطفال المعاقين حركياً، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الإعاقات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد، إتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل

الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوافر الفرص التربوية المناسبة.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين جسمياً وصحياً، فتختلف تبعاً لاختلاف مظاهر الإعاقة، ودرجتها، وقد يكون لمشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.

تعليم الطلبة المعوقين جسمياً وصحياً:

أولاً: يجب أن يبدأ التعليم العام لهؤلاء الطلاب في وقت مبكر ويستمر على مستوى ما في جميع مراحل الحياة.

ثانياً: يحتاج الطلاب عادةً لتعلّم الكلام واللغة والتدخل في حين أن العديد من الآخرين سيحتاج لتدريبات بدنية وللعلاج الوظيفي، في حين أن البعض من ذوي الحاجات الطبية قد يتطلب خدمات التمريض أو الإشراف عليها.

ثالثاً: لأن الفروق (الفجوة) التعليمية للطلاب غالباً ما تكون كبيرة، لذلك فالتعاون الوثيق بين أعضاء الفريق (فريق التدخل) ضروري إذ إن خبرتهم هي نتيجة تحسن في أداء الطالب. ومن المقبول على نطاق واسع فوائد دمج العلاج الطبيعي في الأنشطة خلال الممارسة التقليدية للعزلة، أو الانسحاب أو العلاج.

رابعاً: إن المناهج الدراسية لهؤلاء الطلاب تميل إلى أن تكون ذات طبيعة وظيفية، والتي تعكس المهارات اللازمة في الحياة اليومية في جميع أنحاء المجتمع المحلي أوقات الفراغ، والمدرسة، والمجالات المهنية، ويتم تعليم الطلاب على الاختيار، والتواصل بالطرق الفنيّة.

الاتجاهات والخلافات:

توجد اتجاهات عامة عدة ظهرت في الولايات المتحدة، اعتبرها البعض مثيرة للجدل لأنها تدعو إلى إدراج هؤلاء الطلاب في التعليم العام مع الدعم اللازم، مما يساهم في تحسن في حياة هؤلاء الطلاب:

أولاً: من خلال التقدم في تكنولوجيا الطب فهؤلاء الأفراد لا يعانون فقط من حياة أطول، ولكن أيضاً خيارات أفضل في التنقل والاتصال، وزيادة حسية، وغيرها من الخدمات.

ثانياً: التحسن تدريجي في المواقف الاجتماعية تجاه المعوقين وذلك بدءاً من العام (1960)، وقد أدى ذلك إلى توفير الحماية القانونية، والتعليم الخاص، والبدائل المعيشية في المجتمع المحلي، ودعم العمالة، وزيادة في الدعم ذات الصلة.

ثالثاً: المناداة بحق التعليم المجاني للجميع منذ العام (1989)، ويشمل ذلك الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة في الفصول الدراسية والأنشطة المجتمعية مع أقرانهم غير المعاقين وظلت هذه الفكرة مثيرة للجدل بشكل خاص.

وقد أشارت التقارير إلى النمو التدريجي للطلبة المعوقين الذين يتم وضعهم في إطار التعليم العام، ولكن النمو كان بطيئاً للطلاب ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة. وشكت المدارس أنها ليست قادرة لتشمل هؤلاء الطلاب أو تقديم الدعم والخدمات اللازمة لتحقيق التعليم الفعّال لجميع المشاركين.

تعديل البيئة الملائمة للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين النمو الحركي والنمو النفسي، فالنمو غير الطبيعي قد ينجم عنه صعوبات في التكيف واضطرابات انفعالية. ومن القيود على حركة الطفل ما يتصل بالإعاقة الحركية ذاتها ومنها ما يتصل بعوامل خارجية، فالإعاقة تفرض قيوداً تشعره بالإحباط والغضب، فهو يريد أن يستقل ويعتمد على نفسه وأن لا يكون عالة على أسرته وعلى الآخرين، ولا بد من تعديل البيئة الملائمة للفرد المعوق جسمياً وصحياً سواء في البيت أو المدرسة أو المواصلات أو الشارع، وفي المجتمع بشكل عام.

أ. تكييف المنزل:

تعتمد نوعية التكييف المطلوب في المنزل على نوعية الإعاقة التي يشكو منها الطفل، وشدة الإعاقة وعمر الطفل، فالتكييف المطلوب لطفل كفيف يختلف عن التكييف المطلوب لطفل مشلول يستخدم كرسياً متحركاً، فمثلاً إن سطحاً مائلاً بسيطاً أمام المنزل يساعد الطفل على دخول المنزل على كرسي ذي عجلات ويمكن عمله من الخشب أو الأسمنت.

ب. تكييف المدرسة:

1. عند وجود الأطفال المعوقين جسدياً في المدرسة علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ونحاول القيام بتلبيتها، فالأطفال العاجزون عن النهوض أو الركض، يجب أن لا يقضوا يومهم وهم جالسون على الكراسي، لأن ذلك

قد يؤدي إلى حدوث تفقعات، وأقدام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات. .

2. الأطفال الذين يجدون صعوبة في إمساك القلم أو الفرشاة أو تقليب صفحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من أنبوب أو من غصن شجرة أو كرة مطاطية للإمساك بالقلم.

وهناك شروط للمبنى المدرسي الخاص بالأفراد المعوقين جسمياً وصحياً منها:

- لابد أن يكون المبنى المدرسي في منطقة تتوافر فيها الخدمات المناسبة وبعيد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
- لابد من توافر مساحة من الأرض لمراعاة إمكانية التوسع.
- لابد أن يكون المبنى واحداً لا مجموعة بنايات وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أدراج.
- لابد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتوافر عدد كافٍ من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والحدائق.
- يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف وأطراف حادة به.

وكذلك فإنه لابد من إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعوقين جسمياً وصحياً في مجالات الحياة ومنها:

1. الحواجز العمرانية، مثل ضيق الأبواب والمصاعد.
2. تكييف المواصلات، مثل تصميم سيارات تقاد باليد للمعوقين حركياً.
3. الحواجز الثقافية، وذلك من خلال تطوير الأساليب والوسائل التعليمية للمعاقين جسمياً وصحياً.
4. الحواجز في أماكن العمل، وهي العوائق التي تمنع المعوقين جسمياً وصحياً من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة (الجوالده والقمش، 2012).

وأشار سينج (Singh ,2003) إلى أهم الخدمات التي يجب توافرها في البيئة التعليمية للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، وكانت كما يلي:

أ. تصميم الأبنية التعليمية:

حيث تكون مكيّفة (معدّلة) بتوفير المعايير المائلة للكراسي المتحركة (Ramps) والتي تربط الأبنية ببعض، والأبواب الأوتوماتيكية المزودة بأزرار للتحكم، توفر

المصاعد في كل البنايات وتكون مزودة بأزرار مكتوب عليها بلغة برايل ولغة الإشارة، وتوفير المماشي الجانبية المزودة بقضبان على الجدار، وتجهيز الفصول ودورات المياه من حيث المساحة والحجم، لدخول الكراسي المتحركة للمعوقين. وتجهيز المكتبات بكل المصادر السمعية والمرئية والمقروءة بما يناسب حاجاتهم، وكذلك توفير قاعات كمبيوتر، وتوفر وسائل الاتصال داخل المباني لتسهيل الاتصال في حال الطوارئ.

وقد ذكر مرسي (1996) مصطلح الهندسة التأهيلية الذي يعني: تصميم الأبنية والتجهيزات المتخصصة مع الأخذ بعين الاعتبار إزالة العراقيل التي يمكن أن تعوق حركة المعاق أو قدرته على الاستفادة من الخدمات المتخصصة التي يتلقاها في هذه الأماكن.

وقد ذكر كل من جرير وألسوب وجرير (Greer, Allsop, Greer , 1980) بعض المواصفات التي يجب توافرها عند تصميم الأبنية وهي:

- الأبواب: عرض الباب يكون على الأقل (12) إنش، وأن تكون عتبة الباب منخفضة بما فيه الكفاية بحيث لا تُمثل عائقاً، وأن تكون هناك مساحة كافية على جانبي الباب ليتسنى فتحه بسهولة.
- دورات المياه: أن يكون لحجرة الاستحمام درابزين بمقاسات مناسبة للمعوق، وأن يكون ارتفاع المقاعد (20) إنشاً، وارتفاع المغاسل وعلاقات المناشف والمرايا (36 ـ 40) إنشاً.
- صنابير المياه: يراعى تشغيلها آلياً بمجرد وضع اليد تحتها وأن يكون ارتفاع الصنابير (26 ـ 30) إنشاً، وأن تثبت في أماكن يمكن الوصول إليها.

ب. تكييف البرنامج التعليمي:

ذكر القمش (2011) أن تكييف البرنامج التعليمي يكون بتقديم خدمات الإرشاد والتوعية والإجابة عن تساؤلات المعوقين داخل الأماكن التعليمية، وتمديد وقت أداء الاختبار حسب إمكانات المعوق وملاءمة الواجبات التي تصمم للمعوقين، وكذلك المرونة في الوقت ومكان الدرس حسب قدرات وإمكانات المعوقين.

وكما ذكر كل من (Yesseldke & Algozzien,1995) شروط التعديلات التعليمية المطلوبة في المدرسة للطلبة المعوقين جسمياً وصحياً، حيث تعتمد على نوع إعاقة الفرد وشدتها، فبعض الطلبة يحتاجون مساعدة طوال اليوم الدراسي، وآخرون يحتاجون

المساعدة في بعض الأنشطة أما البعض الآخر فقد يحتاجون إلى القليل من التعديلات فقط. ومن بين التعديلات العامة التي يقوم بها المعلمون لمساعدة الطالب على الاستجابة للمهمات الأكاديمية:

الكتابة على دفتر الملاحظات بدل الكتابة على جميع الدفاتر لغرض التدريب، وتأمين الأدوات المكتبية (القرطاسية) للطالب وتسهيل الوصول إليها، والاعتماد على أسئلة الاختيار من متعدد التي تتطلب كتابة قليلة، واستعمال معالجات الكلمات مثل الكمبيوتر والآلة الكاتبة والآلات الحاسبة بدلاً من الكتابة اليدوية للإجابة أو الحساب، وتنظيم عملية التعلم وإدارة الوقت بشكل مناسب داخل الغرفة الصفية، والتركيز على التعليم بالخطة الفردية التربوية والتعليمية، وكذلك استخدام التكنولوجيا (كالهاتف، والتلفاز والإنترنت) لتوفير التعليم في البيت والمدرسة والمستشفى ولكل الطلاب، وتطوير مهارات الطلاب في استخدام المكتبة والحاسوب وتدريبهم للعمل ضمن مجموعات كجزء من روتينهم اليومي لتقوية الجانب الاجتماعي، واختيار المناهج المناسبة والمهارات التي يستطيع الطالب التعلم بواسطتها (Karnes, Shwedel, & Lewis. 1983).

ج. تكييف السكن للطلبة المعوقين:

وهذا يكون بتصميم البيوت والشقق السكنية بتوفير مساحات لتسهيل تنقل المعاق بالكرسي المتحرك، وتكييف دورات المياه والمغاسل لتلبي حاجاتهم، وتسهيل الوصول لمخارج الطوارئ عند الحاجة إليها، وتوفير ممرضين وكادر طبي طوال اليوم لخدمة الطلبة المعوقين.

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

يندرج تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل (Rehabilitation Programs)، ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

1. التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويدهم

بـــالأطراف الـــصناعية المناســـبة، أو اســـتخدام العـــلاج الطبيعـــي (Physical Therapy) للفـرد الـذي يعـاني مـن آلام جـراء الإصـابة اسـتخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة.

2. التأهيل المهني (**Vocational Rehabilitation**): ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسمياً وصحياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنـة مـا ثـم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

3. التأهيل الاجتماعي (**Social Rehabilitation**): ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسمياً وصـحياً مـن الناحيـة الاجتماعيـة، وذلـك مـن خـلال مـساعدته علـى التكيـف الاجتمـاعي، ويعتبر العـلاج بالعمـل (Occupational Therapy) من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفـرد مـن قـدرات عقليـة وجـسمية تمكنـه مـن القيـام بعمـل مـا، وبالتـالي مـساعدته في عمليـة التكيف الاجتماعي.

التدخل المبكر ومرض السكري:

إن مرضى السكري يعانون من ارتفاع نسبة السكر بالدم بسبب قصور في عمل غدة البنكرياس المسؤولة عن إفراز الأنسولين للجسم.

أعراض المرض:

1. شرب كميات كبيرة من الماء.
2. التبول بكثرة.
3. الأكل بشراهة مع فقدان في الوزن.
4. الإصابة بنوبات دوخان.

هـذا ولإثبـات وجـود المـرض لابـد مـن إجـراء فحوصـات مخبريـة للتحـري عـن وجـود المرض في جسم الإنسان وخاصة عند الأشخاص الذين يشكون من:

1. جروح يطول شفاؤها أو لا تشفى جيداً.
2. الإصابة بالالتهابات المهبلية المتكررة عند النساء.

العلاج:

1. اتباع الحمية الغذائية.
2. وصف أقراص العلاج من قبل الطبيب مثل أقراص (توليوتا مايد) وهي خاصة لعلاج السكر.
3. إذا لزم الأمر استخدام حقن الأنسولين.

التدخل المبكر والوقاية من مرض السكري ومضاعفاته:

إن التدخل المبكر في هذا الموضوع يجعل من الإنسان أكثر وعياً بالتصرفات الواجب اتباعها حتى لا تسوء حالته أو تحدث له مضاعفات قد تؤدي إلى إعاقات، وإن مرضى السكر بحاجة إلى عناية ومتابعة من قبل المريض أولاً والكادر الصحي ثانياً، ومن سبل الوقاية ما يلي:

1. العناية بالقدمين من خلال الغسل الجيد والتجفيف الجيد يومياً خوفاً من أن لا تتكون فطريات القدمين، وبالتالي التهابات وحدوث الغرغرينا والتي بعدها يستوجب البتر.
2. لبس الأحذية والجوارب المناسبة للقدمين على ألا تكون ضيقة.
3. تقليم الأظافر بعناية حتى نهاية أصابع القدم حتى لا يحدث جرح يصعب شفاؤه.
4. ضرورة مراجعة الطبيب لمريض السكري فيما إذا أصيب بجروح أو تقرح.

التدخل المبكر والحصبة:

الحصبة: عبارة عن مرض فيروسي يصيب الإنسان بسبب عدوى من إنسان مصاب.

الأعراض:

تبدأ الأعراض بالبرد والحمى وسيلان الأنف واحمرار العينين مع السعال وألم شديد في الفم مع احتمال إصابة المريض بالإسهال بعد يومين أو ثلاثة من الإصابة، وكذلك تظهر حبوب بيضاء على شكل حبيبات الملح، ثم تظهر خلف الأذنين وعلى الرقبة والوجه ثم على الجسم كله.

فترة الحضانة:

من (8 – 13) يوماً بعد الإصابة أو التعرض للمرض.

المضاعفات:

1. التهاب رئوي أو ذات الرئة بسبب المكورات الرئوية السبحية.
2. التهاب الأذن الوسطى.
3. التهاب الدماغ، مما يسبب بعض النوبات مع التغير في مستوى الإحساس.
4. السعال المستمر مع القيء والاستفراغ.

التدخل المبكر والوقاية من مرض الحصبة ومضاعفاتها:

1. ابق الطفل في غرفة قليلة الإضاءة لوقاية عينيه.
2. امنع الطفل من مخالطة غيره من الأطفال خصوصاً الذين يعانون من سوء التغذية.
3. شجع الطفل على شرب كميات كبيرة من السوائل وأكل المواد الغذائية المتكاملة وخصوصاً المحتوية على فيتامين (A).
4. إعلام الأهل عن المضاعفات المحتملة وضرورة مراجعة الطبيب.
5. معرفة حالة التحصين أو التطعيم عند الأطفال.
6. يعطى مطعوم الحصبة بعد بلوغ المولود الشهر التاسع.
7. يمنع استخدام الكحول للتطهير مكان الإبرة وتعطى بالجلد.

التدخل المبكر وهشاشة العظام :

مرض هشاشة العظام من الأمراض الخطيرة، ولكنه قليل الحدوث، ولكنه لا يعرف سببه الرئيس فيرجع المختصين إلى أن سببه هو:

1. افتقار الدم إلى البروتين.
2. تناول الأم بعض مشتقات الأدوية أثناء الحمل مثلاً التترسيكلين فإنها تدخل إلى النخاع العظمي وتتحد مع الكالسيوم وتقلل من امتصاصه.
3. حالة التغذية للأم أثناء الحمل إذا كانت غير مكتملة وكذلك للطفل في المراحل العمرية الأولى.

التدخل المبكر والوقاية من مرض هشاشة العظام ومضاعفاته:

1. التوعية والإرشاد الأسري.
2. ضرورة إعطاء الأم أثناء الحمل بعض المقويات مثل الحديد.
3. الابتعاد عن العلاجات وخاصة مشتقات التترسيكلين.
4. الرضاعة الطبيعية وأهميتها للمولود.
5. بعض المصابين بهشاشة العظام ألفا (1) يحتاجون لتدخل طبي جراحي في حالة الكسور.
6. التركيز على الأغذية المحتوية على مادة الكالسيوم والحديد.

التدخل المبكر والاستسقاء الدماغي:

الاستسقاء الدماغي عبارة عن سائل مخي متجمع في الدماغ.

أسبابه:

1. التشوهات مثل تشوهات العمود الفقري وتشوهات ولادية.
2. النزيف.
3. الأورام.
4. الالتهابات.
5. إصابات دماغية أخرى.

ومن مضاعفات الاستسقاء توسع الحجرات في الدماغ وبالتالي الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ مما يؤدي إلى التخلف العقلي والضعف البصري أو الشلل، هذا في حال لم يتم التدخل مبكراً.

التدخل المبكر والوقاية من مرض الاستسقاء الدماغي ومضاعفاته:

تدخل علاجي جراحي حيث يتم سحب السائل من خلال أنبوب دائم يوضع في حجيرات الدماغ لتصريف السائل من الدماغ إلى الأحشاء وتسمى هذه العملية (العملية الصارفة) وتتدرج أخطار هذا الإجراء مثل الالتهابات أو انسداد الأنبوب مما يستدعي إجراء العملية مجدداً.

التدخل المبكر وشلل الأطفال:

هو التهاب فيروسي يتلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي حيث يدخل الفيروس إلى الجسم عبر القناة الهضمية وينتقل عبر مجرى الدم ويستقر في الخلايا الحركية في النخاع الشوكي، وبالتالي يؤدي إلى تعطل وظائف الخلايا المسؤولة عن التحكم بالعضلات مما يؤدي إلى الشلل وعدم القدرة على الحركة، والشلل يكون في بعض العضلات وليس كاملاً.

التدخل المبكر والوقاية من مرض شلل الأطفال ومضاعفاته:

1. الإرشاد الأسري والتوعية والتثقيف الصحي.
2. أهمية متابعة الأم أثناء الحمل والولادة.
3. التحقق ومتابعة أخذ جرعات التطعيم بانتظام حسب البرنامج الوطني.
4. متابعة الحالات بعد الإصابة والتأهيل لهم.

التدخل المبكر والتهاب الجهاز التنفسي:

يعتبر هذا المرض من أهم أسباب وفيات ومرض الأطفال للأعمار ما دون (5) سنوات، وغالبية الأطفال يصابون بمعدل (4 – 8) مرات في السنة بأمراض تنفسية عادة قد تتطور إلى نزله قصبية (شعبية) أو التهاب رئوي، وتنقل العدوى عن طريق الرذاذ المتطاير من أنف وفم المريض أو حامل الجراثيم.

الأعراض:

1. السعال.
2. صعوبة التنفس.
3. انسداد الأنف ووجود سيلان منه.

الأسباب:

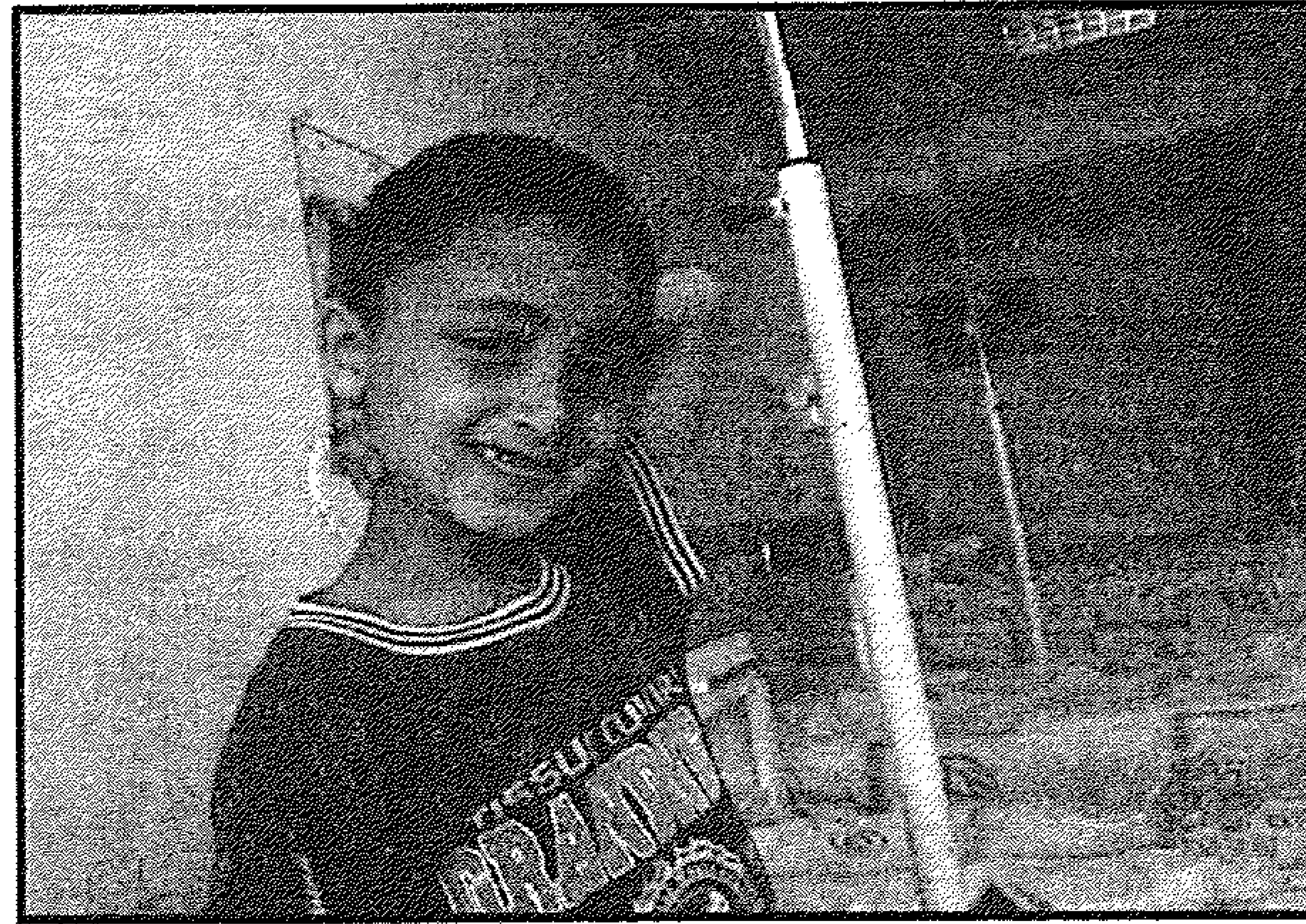
1. إهمال الرضاعة الطبيعية: إن حليب الأم يحتوي على أجسام مناعية للوقاية من الإصابة.
2. سوء التغذية: يحد من النمو الجسدي والعقلي للأطفال ومن قدرتهم على مقاومة الجراثيم.

3. نقص فيتامين (A): نقصه يسبب عدم مقاومة الجسم لأمراض الجهاز التنفسي الجرثومية.
4. عدم أخذ المطاعيم: تساعد الطفل على الوقاية وتقوي الجهاز المناعي.

التدخل المبكر والوقاية من التهاب الجهاز التنفسي ومضاعفاته:

على الأم ملاحظة الأعراض مبكراً ومراجعة الطبيب تحد من تطور الإصابة وتساهم بسرعة الشفاء ومنع حدوث المضاعفات التي قد تؤدي إلى أمراض خطيرة وإعاقات.

التدخل المبكر والثلاسيميا:



ينتشر مرض الثلاسيميا في جميع أنحاء العالم، ولكن بنسبة أكبر في بعض البلدان، مثل بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط. ولهذا يطلق عليه أيضاً (فقر دم البحر الأبيض المتوسط)، وهو من الأمراض المعروفة منذ القدم في هذه المنطقة، وقد تم تحديد هذه الآفة على يد الطبيب كولي عام (1925)، عندما تم تشخيص حالات لمرضى يعانون من فقر دم شديد، ومجموعة أعراض لتشوهات العظام وموت المصاب في نهاية المطاف.

فالثلاسيميا مرض وراثي يؤثر في صنع الدم، فتكون مادة الهيموغلوبين في كريات الدم الحمراء غير قادرة على القيام بوظيفتها، ما يسبب فقر دم وراثي ومزمن يصيب الأطفال في مراحل عمرهم المبكر، نتيجة لتلقيهم مورثين معتلين؛ أحدهما من الأب والآخر من الأم. ويقسم مرض الثلاسيميا إلى أنواع أهمها: ثلاسيميا ألفا وثلاسيميا

بيتا، اعتماداً على موقع الخلل، إن كان في المورث المسؤول عن تصنيع السلسلة البروتينية (ألفا) في خضاب الدم " الهموجلوبين " أو (بيتا) على التوالي. ومن المعروف أن هنالك عدة مئات من الطفرات الوراثية المتسببة بالمرض. والتقاء المورثين المعتلين من نوع (بيتا) يؤدي إلى ظهور المرض، بينما لوجود أربع مورثات مسؤولة عن تصنيع سلسلة (ألفا)، فإن الحاجة تكون لوجود اعتلال في ثلاث من هذه المورثات، أو اعتلال المورثات الأربعة كلها لظهور الأعراض. كما توجد أنواع أخرى من الثلاسيميا مثل نوع (دلتا).

وينتقل مرض الثلاسيميا بالوراثة من الآباء إلى الأبناء، فإذا كان أحد الوالدين حاملاً للمرض أو مصاباً به، فمن الممكن أن ينتقل إلى بعض الأبناء بصورته البسيطة (أي يصبحون حاملين للمرض)، أما إذا صدف وأن كان كلا الوالدين يحملان المرض أو مصابين به، فإن هناك احتمالاً بنسبة (25٪) أن يولد طفل مصاب بالمرض بصورته الشديدة، وكنتيجة لهذا يقسم الأشخاص المصابون إلى قسمين:

1. نوع يكون الشخص فيه حاملاً للمرض ولا تظهر عليه أعراضه، أو قد تظهر عليه أعراض فقر دم بشكل بسيط، ويكون قادراً على نقل المرض لأبنائه.
2. نوع يكون فيه الشخص مصاباً بالمرض، وتظهر عليه أعراض واضحة للمرض منذ الصغر.

كيفية انتقال سمة الثلاسيميا من الآباء لأطفالهم:

1. إذا كان أحد الوالدين حاملاً للسمة والآخر لا يحملها فهناك احتمال واحد إلى اثنين أي نسبة (50 ٪) أن يكون طفل من الأطفال مصاباً بالثلاسيميا العادية (حامل).
2. إذا كان الأبوين يحملان سمة الثلاسيميا فإن أطفالهم قد يكون لديهم سمى الثلاسيميا وقد يكونوا مصابين بالثلاسيميا الكبرى.

العلاج:

يحتاج المصابون بالثلاسيميا الكبرى إلى نقل دم بشكل دوري كل (3 ـ 4) أسابيع ورعاية صحية مستمرة حتى يتمكنوا من العيش. وإذا لم يتم إعطاؤهم الدم فإن مادة الحديد تتراكم في جميع أعضاء الجسم وخاصة (القلب والكبد والبنكرياس والجلد) وبالتالي قد تؤدي إلى الوفاة أو الإصابة بالإعاقات.

التدخل المبكر والوقاية من الثلاسيميا ومضاعفاتها:

1. نشر التوعية الصحية بين المواطنين والتعريف بالمرض وخطورته.
2. إجراء فحوصات ما قبل الزواج.
3. في حين تم اكتشاف أن الزوجين يحملان السمة فيجب إعطاء الأم مطعوماً (إبرة) بعد الولادة الأولى وهي تفيد للولادة الجديدة.
4. ضرورة الكشف المبكر على الأطفال وإخضاع المصابين للعلاج ونقل الدم ومتابعتهم صحياً وباستمرار.

التدخل المبكر والوقاية من السرطانات (الأورام) ومضاعفاتها:

السرطان: هو حالة مرضية يحدث فيها انقسامات ونمو غير طبيعي وغير معروف للخلايا مما يؤدي إلى زيادة عدد هذه الخلايا وتقوم بتأثيرات ضارة على الجسم بشكل عام وعلى المنطقة المصابة بشكل خاص. وتقسم الأورام إلى قسمين:

1. حميدة: يبقى في منطقة محددة ولا ينتشر وهو محاط.
2. خبيثة: تنتشر عبر الدم والغدد اللمفاوية.

مضاعفات السرطان (الأورام):

1. نمو الخلايا غير الطبيعي يؤدي إلى تغير شكل العضو المصاب ووظيفته.
2. يؤدي إلى الضغط على الأعصاب المجاورة فيترك آثاراً عليها كما في ورم الغدة الدرقية حيث يضغط الورم على البلعوم ويؤدي إلى صعوبة في البلع.
3. يؤدي موت الخلايا إلى تحللها وامتصاص مواد التحطم هذه في الدم مما يؤدي إلى تسمم الجسم وارتفاع الحرارة والهزال.
4. تقوم الخلايا السرطانية خلال نموها السريع باستهلاك المواد الغذائية بالجسم بسرعة كبيرة مما يؤدي إلى نقص التغذية للجسم ونقصان الوزن.
5. تتركز مناعة الجسم في محاولة القضاء على الخلايا السرطانية الغريبة وبالتالي فإن المناعة ضد الأمراض الأخرى تصبح أقل فيصبح الجسم عرضة للأمراض.
6. تحطم جدران الأوعية الدموية قد يؤدي إلى النزيف وفقر الدم.

أنواع السرطانات:

1. سرطانات الغدة الدرقية.
2. سرطانات الجلــد.
3. سرطانات الدم.
4. سرطانات الثدي.
5. سرطانات الدم.
6. أورام الدماغ.

نماذج من برامج التدخل المبكر:

أ. البرامج المنزلية:

إن من أهم مبررات البرامج المنزلية أنه يوجد اعتقاد أن الآباء والأمهات يستطيعون تعليم أبنائهم بطريقة أفضل، فهم غير مطالبين بنقل المعلومات من بيئة إلى أخرى، وتتحسن نوعية التدريب إذا اعتمد المدربون على البيئة الخاصة بكل بيئة منزلية، وتسمح الزيارات المنزلية بزيادة مشاركة باقي أعضاء الأسرة من غير الوالدين **(Telzrow,1991)**.

والتعليم المنزلي أو الخدمات البيئية هو تعليم الوالدين كيفية التعامل مع طفلهما في البيت وحاجة الطفل المعاق والذي لا يمكن نقله من البيت إلى مكان آخر، ولذلك تقوم الزائرة بتدريب الأهل التدريب اللازم، وأهم شيء تقدمه الزائرة هو تغيير اتجاهات الوالدين بأن طفلهم غير قادر على التعلم **(Parker& Boak,1999)**.

وخلال الزيارة المنزلية يجب أن يقدم الزائر نموذجاً صحيحاً للأب والأم لتعليم طفلهما حتى يقوموا بتطبيق الأنشطة الجديدة مع تقديم التغذية الراجعة، فكل طفل معاق يجب أن يحصل على برامج فردية، وتوضح الأهداف في صيغة إجرائية تشمل ما يتوقع من الطفل في فترة زمنية محددة **(Abosi,2000)**. وبما أن درجة ونوع الإعاقة للأطفال تتفاوت من معاق لآخر، حيث تختلف خصائصهم عن بعضهم لذلك يحتاج هؤلاء الأطفال الى التعلم والتدريب الفردي لأبسط مهارات الحياة اليومية **(Moore,2002)**، فمهارات الحياة اليومية هي من أهم المهارات التي تمكن الطفل المعاق من أن يعيش حياة أكثر استقلالاً.

ويمكن تعليم الهدف بتجزئة المهارة إلى خطوات صغيرة حيث تقلل أخطاء الطفل ويستطيع الانتقال من خطوة إلى خطوة بعد استيعاب الخطوة السابقة (Nichcy, 1993). ولكي نضمن نجاح ولي الأمر في هذه المهمة يجب أن ننتقي بعناية النشاط المناسب لكل من قدرة الطفل وحاجة ولي الأمر، .وهناك عدد من تجارب التدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية مثل مهارات الأكل والعادات السلوكية في تناول الطعام (Powell& Batsche, 1997).

ب. برنامج Vojta:

هو برنامج تدريبي بدأ تطبيقه في ألمانيا من خلال طبيب ألماني يدعى Vojta، يهدف إلى تدريب أمهات الأطفال المعاقين حركياً في سن مبكرة (من الولادة وحتى عمر 5 سنوات)، على أساليب حفز الأطفال الذين يعانون من التأخر في النمو الحركي، من خلال الضغط بطريقة خاصة على نقاط معينة في جسم الطفل لتحفيز عضلات الطفل، ويتم التأكيد على الأمهات من أول زيارة على ضرورة ترك الطفل على راحته وعدم إرغامه على الجلوس أو الوقوف ما لم يكن جسمه مهيئاً أو مستعداً لذلك،لأن إرغامه على ذلك قد يتسبب في إحداث تشوهات حتى إن كان الطفل لا يعاني من أي مشكلة جسدياً، ويطلب من الأم أن تترك طفلها مستلق إما على بطنه أو على ظهره أو جنبه، وأن لا تستخدم أي جهاز تصحيحي أو مساعد للحركة أو الجلوس، وخاصة إن كان يعاني من مشكلة جسمية معينة. يتم احتساب عمر الطفل من خلال العمر الافتراضي له بعد إتمامه الشهور التسعة في بطن أمه وليس من تاريخ ولادته (أي من التاريخ المتوقع لولادة الطفل، وليس تاريخ ميلاده) وذلك لمراعاة التأخر الذي قد تتسبب فيه الولادة المبكرة والذي يتلاشى بعد إتمام الطفل عامه الثاني في الكثير من الأحيان.

إضافة للعلاج بطريقة الـ VOJTA يعرض البرنامج التدريبي مؤشرات للكشف المبكر عن الإعاقة كإغلاق الطفل ليده بشدة ضاغطاً على الإبهام، وطريقة بكاء الطفل، وانقباض القدم بعد الشهور الستة الأولى من عمره. كما يركز البرنامج على ارتباط الجانب الحركي الوثيق بالجانب الإدراكي، ولذلك مثلاً يتم التركيز على تدريب العضلات الدقيقة في اليد نظراً لارتباط قبضة اليد الوثيق بإدراك الطفل وتطوره في المجالات الأخرى، ويوجه الوالدان إلى عدم منع الطفل من التعرف على جسمه بحرية

من خلال سلوكات معينة كمص الإصبع مثلاً، لأن الطفل يتعرف على الأجسام والأشياء بداية من خلال تقريبها وتفحصها بالفم، وبالتالي مص اليد والإصبع هي عملية مؤقتة وبداية التعرف على جسمه، وقد تصبح دائمة إذا منعنا الطفل منها (يلجأ الأطفال إلى تجريب كل ممنوع، ويصبح محبباً لهم. عملياً، وبعد تنفيذ البرنامج تم ملاحظة التقدم الملموس والسريع في الحالات دون اللجوء إلى الأجهزة التأهيلية، وذلك لأن البرنامج يعتمد على تدريب الأمهات وليس على العمل المباشر مع الطفل، وكذلك لأن التمارين تعمل على حفز العضلات للحركة ذاتياً (الضغط على النقاط الموجودة في الجسم يعمل على حفز العضلات على الحركة ذاتياً دون اللجوء إلى تحريك العضو من قبل المدرب أو الأم) فتقوم الأم بعمل التمرينات لطفلها في وقت الفراغ مع التقيد بتعليمات المدربة الأساسية، ونظراً للفائدة الجمة التي حققها البرنامج تم تطبيق الأسلوب من أم إلى أم للتدريب على البرنامج، بإشراف من الجهات المختصة (يحيى، 2006).

استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة:

لقد قدمت التكنولوجيا الحديثة الكثير من الحلول لتسهيل المهمات الحياتية اليومية للمعاقين بأقل جهد وأقل عناء وبأقل تكلفة أيضاً، ونستطيع أن نلخص أهم الآثار الإيجابية الخاصة بوضع التكنولوجيا الجديدة في متناول المعوقين في حياتهم بالنقاط الآتية:

1. تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.
2. تحسين قدراتهم على الاتصال.
3. الارتقاء بقدرتهم على الحركة والانتقال.
4. زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.
5. تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية.
6. تحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والفسيولوجي أكثر على التقدم الذي تم إنجازه في المجالات التكنولوجية، ويتم الآن تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم، والتدريب، وخدمات التأهيل والعمالة. وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعاق للعمل، كما تسهل إدماجه في المجال الإنتاجي. أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين، إذ إنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية. وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة (لا سيما التكنولوجيا القائمة على الحواسيب الآلية) تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعاقين مشجعة جداً.

والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: ما هي الأجهزة والأدوات التي يمكن توظيفها لخدمة المعاقين؟

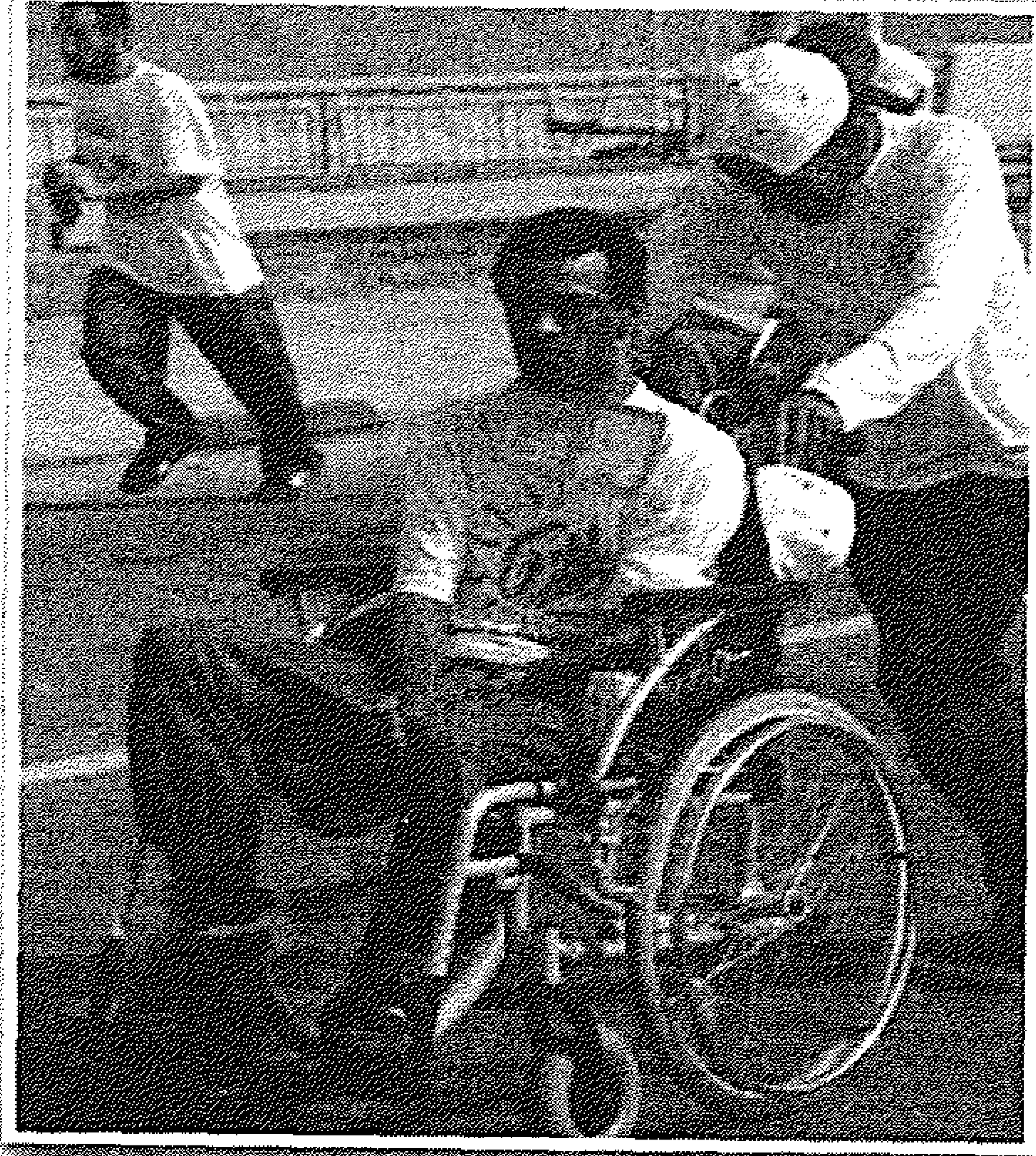
هناك أجهزة عديدة منتشرة في مناطق مختلفة من العالم منها ما هو بسيط وبدائي ومنها ما هو متقدم وأكثر تعقيداً، ويمكن هنا أن نوجز أهم هذه الأدوات والأجهزة حسب فئات الإعاقة:

الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة الحركية والجسمية:

من المعروف بأن أكثر الإعاقات استفادة من الأجهزة والأدوات الصناعية هم المعاقون حركياً أو جسدياً، ومن أسباب ذلك أن الكثير من الإصابات الحركية والجسمية تكون بسبب الحروب أو المصانع أو في الأعمال المختلفة التابعة للشركات الكبرى، ولذا فإن المؤسسات العسكرية في أية دولة تحاول مساعدة الجنود الذين يتعرضون للإصابات الجسمية خلال الحروب، بإيجاد الأجهزة والأدوات التعويضية لهم وهو ما يعرف بالتأهيل وإعادة التأهيل في هذا المجال، كذلك تحاول المصانع والشركات الكبرى أيضاً أن توجد الأجهزة والأدوات التعويضية للمصابين لتجعلهم قادرين على الإنتاج والعطاء بالقدر الممكن مما يقلل على هذه الشركات والمصانع وشركات التأمين ومؤسسات الضمان الاجتماعي في العالم الكثير من التكاليف

المالية والتي تنفق في مجال التعويض، ولكن ومهما كانت الأسباب وراء تطوير التكنولوجيا للمعاقين فالمستفيد الأول هو المعاق نفسه من استخدام هذه الأدوات. ومن الأدوات والأجهزة المعروفة في مجال المعاقين حركياً وجسمياً ما يلي:

أ. الكراسي المتحركة للمقعدين: وفيها الأنواع التالية:



1. الكراسي المتحركة والتي تعمل بتحريكها يدوياً.
2. الكراسي المتحركة آلياً أو كهربائياً.
3. الكراسي المتحركة إلكترونياً والتي يمكن تشغيلها بوساطة الذبذبات الصوتية.

ب. أجهزة الحاسوب: حيث يتوافر فيها برامج خاصة تناسب المهمات المطلوبة للمعاقين.

ج. أدوات التعويض: والمقصود بها الأدوات والأجهزة التي تقوم بوظائف الأعضاء الجسمية المفقودة.

الفصل الثامن

خدمات التدخل المبكر لذوي اضطرابات السلوك والتواصل

- تمهيد .
- اضطرابات السلوك .
- اضطرابات التواصل .
- التوحّد .

الفصل الثامن

خدمات التدخل المبكر لذوي اضطرابات السلوك والتواصل

تمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن اضطرابات السلوك والتواصل والتوحد وخدمات التدخل المبكر للمصابين بمثل هذه الاضطرابات.

اضطرابات السلوك Behavioral Disorders:

طوّر بور (Bower,1969/1978) تعريفاً لاضطرابات السلوك، حيث أشار إلى أنه يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، وآلام أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية (Hallahan & Kauffman, 1991).

حيث تصنّف الاضطرابات السلوكية حسب الشدة إلى الفئات التالية:

1. اضطرابات السلوك البسيطة: وهي أكثر شيوعاً ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير وتشمل مشكلات سوء التكيف البسيطة والمشكلات والضغوط الموقفية.
2. اضطرابات السلوك المتوسطة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى والسلوكات الموجهة للداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.

3. اضطرابات السلوك الشديدة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة (Heward & Orlansky, 1988).

ويرى الباحثون أنه من الصعب تحديد أسباب معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية. غالباً ما نرى أطفالاً يظهرون نفس النماذج السلوكية ولكنهم مختلفون جداً من حيث التاريخ العائلي والتعليمي. وفي بعض الأحيان، يكون من السهل تحديد العوامل أو الأوضاع التي يمكن أن تساهم في حدوث اضطرابات سلوكية وانفعالية، وفي أحيان أخرى، لا تكون هناك عوامل سببية يمكن التعرف عليها بسهولة. ويمكن تصنيف هذه العوامل إلى فئتين رئيستين: بيئية وفسيولوجية، تركز العوامل البيئية على تفاعلات الطفل مع الأشخاص والأشياء الخارجية من حوله/ حولها، بينما تركز العوامل الفسيولوجية على الناحية الداخلية للطفل بيولوجياً أو نفسياً. ويلخص جدول رقم (8/1) "العوامل المرتبطة بالاضطرابات السلوكية". حسب واكر وسيلويستر (Walker & Sylwester,1991).

جدول رقم 8/1

عوامل مرتبطة باضطرابات سلوكية

عوامل بيئية	عوامل فسيولوجية
▪ عوامل عائلية.	▪ عوامل عضوية.
▪ عوامل ثقافية.	▪ عوامل وراثية.
▪ عوامل مدرسية.	▪ متلازمات معينة لها ارتباطات سلوكية.

وهناك اعتقاد خاطئ بأن الأفراد المضطربين سلوكياً يميلون لأن يكونوا أذكياء، وفي الواقع يمكن أن يكون ذكاؤهم مرتفعاً أو متوسطاً أو منخفضاً شأنهم شأن الأفراد غير المضطربين.

وأشارت الدراسات بأن معظم الأشخاص المضطربين يكون تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية (القريوتي وآخرون، 1995).

أولاً: التدخل المكبر واضطرابات السلوك

لا توجد طريقة أو أسلوب واحد مناسب لهم جميعاً، كما أنه لا يوجد أسلوب واحد فقط مناسب لكل طفل. وإن الاختلاف في استخدام أساليب التدخل التربوي والعلاجي، يعتمد بالإضافة إلى إعداد وتأهيل المعلم وخبرته في التعامل مع هؤلاء الأطفال، على الاتجاه النظري الذي يتبناه المعلم، للقيام بعملية التدخل التربوي والعلاجي، ولهذا يجب على المعلم أن يكون ملماً بخصائص الأطفال المضطربين وحاجاتهم الفردية وأن يكون على دراية بطرق وأساليب التدخل العلاجي والتربوي المناسبة لهم.

ثانياً: الأساليب العلاجية المقدمة لهم

أ. إجراءات التدخل البيوفيزيائي:

يمكن تقسيم التدخل البيوفيزيائي إلى قسمين رئيسين: الأول ويتضمن التعامل المباشر مع الطفل من الناحية الجسمية، والثاني ويتضمن التعامل مع البيئة التي يوجد فيها الطفل. في النوع الأول من التدخل يكون دور المعلم محدوداً يقتصر على الملاحظة والكشف المبدئي ومتابعة ومراقبة العلاج، واعتماداً على تلك الملاحظات يمكن للمعلم إحالة الطفل إلى الأخصائي المناسب. ولا يمكن للمعلم من الناحية الأخلاقية أن يقوم بالتشخيص الطبي وإعطاء الدواء، أما في النوع الثاني من التدخل فيكون للمعلم دور أكبر، وفيما يلي عرض لنوعيّ التدخل البيوفيزيائي:

1. التدخل الفسيولوجي المباشر:

ويتضمن:

- العلاج بالأدوية، كعلاج النشاط الزائد أو الصرع.
- العلاج بالفيتامينات وذلك من أجل تصحيح التوازن البيوكيميائي للجسم.
- العلاج بالتغذية، وذلك من خلال اتباع نظام غذائي محدد.
- إعادة تنظيم البيئة، وذلك من خلال التحكم بالمثيرات.
- استخدام أدوات خاصة للتعامل مع الخلل الجسمي تركز على مواطن القوة للتعويض عن جوانب الضعف لدى الطفل.

2. التدخل البيئي والتدريس:

ويتضمن:

- تدريب الإدراك الحركي.
- إعادة تنظيم البيئة.
- استخدام أدوات وطرق خاصة للتعويض عن نقاط الضعف، فعلى سبيل المثال أن يستخدم الطفل الطباعة بدلاً من القلم للكتابة إذا كان لا يستطيع أن يكتب.
- التغذية الراجعة البيولوجية، بمعنى أن ندرب الطفل على أن يضبط الحالات الجسمية المختلفة من خلال تعلم التعرف على التغيرات الجسمية المصاحبة للمشكلة (القريوتي وآخرون، **1995**).

ب. إجراءات التدخل الدينامي:

تعتمد إجراءات التدخل الدينامي على الافتراضات التي يقوم عليها الاتجاه الدينامي من أن علاج الطفل المضطرب في السلوك يتمثل في محاولة إيجاد المشكلة الأساسية، أي جذور المشكلة الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها في الوقت الحالي وذلك باستخدام أساليب استخراج العمليات اللاشعورية. يقوم المعالج في هذا الاتجاه بمساعدة الطفل على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها الصراع الداخلي اللاشعوري على السلوك والانفعالات الحالية. إن دور المعلم هو مساعدة الطفل على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكونات جهازه النفسي والتي تنعكس على سلوكه وتؤدي إلى الاضطراب، وذلك يتطلب الاهتمام بالأسباب الحقيقية للمشكلة وليس الاهتمام فقط بالسلوك الظاهر.

ومن إجراءات الاتجاه الدينامي ما يلي:

- تطوير علاقات إيجابية مع الطفل من قبل الكبار ومن قبل الأقران.
- التعبير عن الانفعالات من خلال الفن والموسيقى، والدراما، واللعب، والكتابة.
- التمثل بشخص مناسب في البيئة.
- تكييف وتعديل المناهج وأساليب التدريس بما يعرف بالتربية الوجدانية والتركيز على الجانب الانفعالي الوجداني وليس على الجانب المعرفي فقط (القريوتي وآخرون، **1995** ،**Kirk, 1989**).

ج. إجراءات التدخل السلوكي:

تركز هذه الإجراءات على التعامل مع السلوك المباشر والظاهر، وتتضمن هذه الإجراءات زيادة السلوك أو التقليل منه، أو تشكيل سلوك جديد من خلال ما يعرف بتعديل السلوك في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الإجرائي، أو ما يعرف بالعلاج السلوكي في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الكلاسيكي.

ويتم من خلال إجراءات التدخل السلوكي استخدام قوانين التعلم نفسها التي يتم من خلالها تعلم السلوك العادي.

ومن أهم إجراءات التدخل السلوكي ما يلي:

- تغيير الموقف وذلك من خلال إزالة المثيرات المشتتة أو تزويد مثيرات مناسبة للطفل.
- تزويد الطفل بنموذج لسلوك مناسب.
- تعزيز السلوك المرغوب فيه عن طريق التعزيز أو التغذية الراجعة.
- إطفاء السلوك غير المرغوب فيه عن طريق وقف التعزيز أو العقاب.
- تشكيل سلوك جديد.
- الضبط الذاتي.

ثالثاً: خدمات طب المجتمع والتدخل المبكر لذوي اضطرابات السلوك



طب المجتمع: هو ذلك الاختصاص الطبي الذي يهتم بدراسة الصحة والمرض لدى سكان منطقة معينة أو مجموعة معينة من الناس. وهو الاختصاص الطبي الذي يهتم

بصحة المجموعات البشرية أو السكان بشكل عام أكثر من اهتمامه بالفرد المريض، وإن أنشطة طب المجتمع موجهة لحماية صحة الناس وتعزيزها واستردادها من خلال جهود وإجراءات جماعية، وطب المجتمع يهتم أيضاً بالفرد المريض واهتمامه ليس لصالح الشخص فقط، وإنما من أجل تخفيف وطأة مرض الشخص على المجتمع الذي يعيش فيه . ويتصف طب المجتمع بالتجديد المستمر لأن احتياجات المجتمع الصحية لا تتوقف عند حد معين فهي متجددة ومتغيرة دوماً ولذا فإن خدمات الرعاية الصحية يجب أن تتصف وتتميز بالمرونة والقدرة على مواكبة ذلك التجدد والتغير بفاعلية وكفاية (Nelson, 1975).

وبهذا نجد أن طب المجتمع مزيج من مواضيع مختلفة ذات علاقة بصحة ورفاه الفرد والمجتمع.

رابعاً: الكشف المبكر للمواليد والوقاية من الإعاقات

إن الإجراءات الوقائية التي تهدف إلى التقليل من مضاعفات الإصابة والمرض أو منع هذه العواقب من الحدوث يجب أن تكون شاملة متكاملة وتشمل جميع مستويات الوقاية الأساسية والأولية والثانوية، حيث إن الإعاقة هي حصيلة متقدمة لمضاعفات وعواقب الإصابة والمرض، والوقاية من الإعاقات تشتمل على:

1. الإجراءات التي من شأنها تعزيز الصحة والارتقاء بها.
2. إجراءات حماية الصحة، بمنع حدوث المرض أو الإصابة به .
3. التثقيف الصحي والتوعية.
4. الاكتشاف المبكر للمرض وخاصة لدى المجموعات المحتملة الإصابة.
5. التشخيص المبكر للإصابة والمرض.
6. المعالجة المبكرة والفعالة.
7. الإجراءات التي من شأنها الحد من انتشار المرض.
8. الحد من مضاعفات المرض والإصابة والعجز والتقليل ما أمكن من الإعاقة.
9. التأهيل الصحي والثقافي والاجتماعي للتقليل من عواقب الإعاقات وتأثيرها على الفرد والمجتمع .

اضطرابات التواصل Communication Disorders:

تعّرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات التواصل كما يلي:

أ. *اضطرابات الكلام:* هي خلل في الصوت، أو لفظ الأصوات الكلامية، أو في الطلاقة النطقية، ويلاحظ هذا الخلل في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتشمل:

1. اضطرابات الصوت: وهو غياب أو خلل في إنتاج الصوت بنوعية معينة أو شدة معينة أو علو معين.
2. اضطرابات اللفظ: وهو الخلل في إنتاج أصوات الكلام.
3. اضطراب الطلاقة: ويعرف بأنه خلل في التعبير اللفظي يظهر على شكل تغير في معدل حدوث الكلام، وتناغم كلامي غير عادي، ويمكن أن يكون مصاحباً بحركات جسمية.

ب. *اضطرابات اللغة:* هو خلل أو شذوذ في تطور أو نمو فهم واستخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة، والاضطراب يمكن أن يشمل أحد جوانب اللغة التالية أو جميعها:

1. شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، والقواعد).
2. محتوى اللغة (المعنى).
3. وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة) (القريوتي وآخرون، 1995).

وتصنّف اضطرابات التواصل بعدة طرق، ومن ذلك تصنيفها تبعاً لمكونات عملية التواصل نفسها وعلى هذا الأساس يمكن أن تصنّف هذه الاضطرابات إلى ثلاثة أنواع رئيسة هي:

النوع الأول: اضطرابات الكلام وتشتمل على اضطرابات الصوت واضطرابات النطق واضطرابات الطلاقة.

النوع الثاني: اضطرابات اللغة والتي تشمل جانباً أو أكثر من الجوانب اللغوية كالصرف والنحو والدلالة والاستخدام.

النوع الثالث: اضطرابات السمع التي ترجع إلى وجود مشكلة في الجهاز السمعي.

ويمكن أن تصنف اضطرابات التواصل تبعاً للأسباب التي أدت إليها حيث تصنف إلى مجموعتين:

1. اضطرابات التواصل العضوية التي ترجع إلى وجود خلل عصبي أو تشريحي.
2. الاضطرابات التواصلية الوظيفية التي لم تنتج عن أسباب عضوية معروفة.

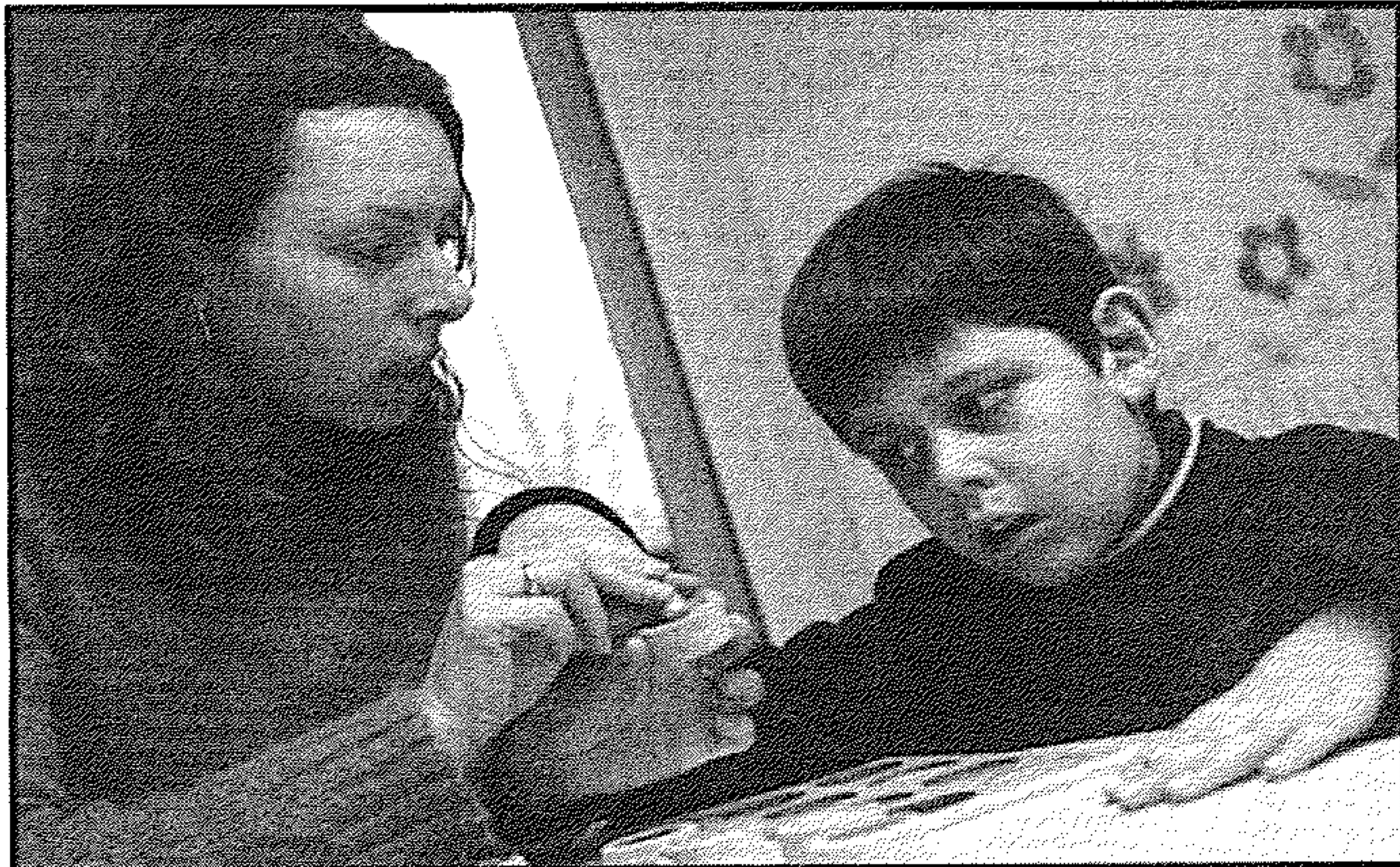
وتصنّف تبعاً للعمر الذي ظهرت فيه قبل الولادة أو بعدها بقليل أو بعد فترة من التواصل الطبيعي كالطفل الذي يصاب بالصمم بعد دخوله المدرسة (الفارع ورفاقه، **2000**). وسنتحدّث هنا عن التصنيف تبعاً لمكونات عملية التواصل.

أولاً: اضطرابات اللغة (**Language Disorders**): وتعني وجود ضعف في استيعاب واستخدام اللغة المحكية والمكتوبة والأنظمة الرمزية الأخرى. ويكون هذا الاضطراب في شكل اللغة، ومحتواها، ووظيفتها في عملية التواصل.

ثانياً: اضطرابات الصوت (**Voice Disorders**): وهي تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجات الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات عند الاتصال مع الآخرين.

ثالثاً: اضطرابات النطق (**Articulation Disorders**): تشير الدراسات الميدانية إلى أن اضطرابات النطق تشكل غالبية أمراض الكلام، ومن السهل التعرف عليها ومعالجتها في غرفة الصف وفي البيت وتتمثل في عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب إخفاق الشخص في إخراج الأصوات الكلامية المعروفة (المشاقبة، **1987**).

رابعاً: اضطرابات الطلاقة (**Stuttering Fluence Disorders**): الطلاقة هي السلاسة في جريان الكلام وتقدمه أو إيقاعه وتحدث اضطرابات الطلاقة عندما يتعرض الطفل لمجرى هواء غير سوي عند التعبير اللفظي، بحيث يعتري الكلام خلل في السرعة والإيقاع مصحوباً بالإجهاد (الوقفي، **2001**).



أولاً: أسباب اضطرابات التواصل

تلعب العديد من العوامل دوراً أساسياً في حدوث اضطرابات التواصل لدى الأطفال، ولكل حالة سبب يختلف عن الحالة الأخرى، إلا أنه يمكن حصر هذه الأسباب في خمسة بنود أساسية هي:

1. عوامل جسمية: مثل الضعف الجسمي العام، ضعف التحكم بالأعصاب ذات العلاقة في أجهزة النطق، تشوه الأسنان، تضخم اللوزتين أو الزوائد الأنفية، انشقاق الشفة العليا.
2. عوامل نفسية: وتعتبر هذه العوامل من أهم عوامل أمراض الكلام أو صعوبات النطق، ومن أبرزها:

أ. شعور الطفل بالقلق أو الخوف أو المعاناة من صراع لا شعوري ناتج عن التربية البيئية الخاطئة أو سوء البيئة المحيطة به.

ب. فقدان الطفل للثقة أو الشعور بالأمن بسبب صراع الوالدين المستمر، مما قد يجعله يتوقع فقد الحماية العاطفية والمادية المتمثلة في والديه.

ج. استخدام الطفل عيوب النطق كحيلة نفسية لا شعورية لجذب انتباه والديه اللذين أهملاه أو لطلب مساعدتهما أو استدرار عطفهما وحبهما له.

د. الصدمات الانفعالية الشديدة: مثل موت شخص عزيز على الطفل يتعلق به تعلقاً شديداً أو بسبب تورط والده في فضيحة أو جريمة كالسرقة أو الرشوة مما يسبب له السخرية من زملائه، أو بسبب خوفه من التهديد المستمر له بالعقاب الشديد.

3. عوامل وراثية: ذكرت بعض الأبحاث أن الوراثة ذات أثر في صعوبة النطق، فقد تبين أن (65٪) من أفراد عينة كبيرة من المصابين بعيوب النطق والكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه العيوب، غير أن من المرجح أن الوراثة تمثل عاملاً مسبباً لهذه العيوب.
4. عوامل عصبية: مثل تلف أجزاء المخ خاصة مركز الكلام بسبب الولادة العسرة أو الإصابة بمرض يؤدي إلى اضطراب النطق والكلام. ويرى كثير من العلماء أن الإصابة البدنية عصبية كانت أم غير عصبية هي من

العوامل المهددة أو المساعدة في إضعاف قدرة الفرد على تحمل الأزمات النفسية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب النطق والكلام.

5. عوامل أخرى: منها:

- إصرار الآباء على تعليم أطفالهم الكلام قبل السن المناسب، مما يجعل الأطفال ينطقون خطأ ويتعودون على ذلك.
- تقليد الطفل لشخص كبير أو طفل آخر بعيب النطق والكلام فتثبت عنده هذه العلة.
- قلة ذكاء الطفل وعدم قدرته على تعلم النطق الصحيح والتدريب غير المناسب على النطق السليم (القمش والمعايطة، 2010).

ثانياً: التدخل العلاجي المبكر

يُفترض أن يكون علاج هذه المشكلة علاجاً نفسياً وتقويمياً وجسمياً واجتماعياً في آن واحد مع التركيز على العلاج النفسي، لأن العوامل النفسية تأتي في طليعة العوامل المؤدية إلى ظهور هذه المشكلة.

أ. العلاج النفسي:

تهدف وسائل العلاج النفسي أساساً إلى إزالة التردد والخوف وإحلال الثقة والجرأة والأمن والشعور بالاستقرار مكانهما في نفس الطفل. ومن وسائل العلاج النفسي:

1. طريقة اللعب: وتهدف إلى كشف أسباب الاضطراب عند الأطفال وتفهم دوافعه، كما تهدف إلى وضع الأطفال في جو حر يشجعهم على الانطلاق والكشف عن رغباتهم دون خوف أو تصنع أو غضب أو شعور بالنقص في جو من العطف والفهم من قبل المعالج.
2. طريقة الإيحاء والإقناع: وتعتبر من أهم وسائل معالجة اللجلجة، وتهدف إلى استئصال إحساس المصاب بالقصور والشعور بالنقص، ومن خلال هذه الطريقة يستطيع المعالج النفسي بناء الثقة في نفس مريضه.
3. طريقة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه: ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل

السلوك، والممثلة في أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد (Heward & Orlansky, 1988).

ب. العلاج التقويمي أو العلاج الكلامي:

ويهدف إلى تدريب الطفل ومساعدته على النطق السليم للحروف أو الكلمات بواسطة تمرينات خاصة تستخدم فيها آلات توضع تحت اللسان أو في الفم أثناء الكلام، وذلك من قبل أخصائيين في تعليم اللغة واضطراباتها، ويُطلق على هذا المتخصص مصطلح (Speech Therapist).

وفي هذا النوع من العلاج يجب مراعاة ما يلي:

أ. اختبار الموضوعات المحببة للطفل للحديث عنها.

ب. تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين.

ج. تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح.

ج. العلاج الجسمي والعصبي:

ويهدف إلى علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيباً في النطق كالشفاه المشقوقة أو تشوّه الأسنان، أو خلل الأحبال الصوتية، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام في المخ أو ترقيع وسد فجوة الحلق.

د. العلاج الاجتماعي:

ويهدف إلى معالجة المصاب من ناحيتين:

أ. علاج شخص مريض ويسمى بالعلاج الشخصي ويهدف إلى تغيير اتجاهات المصاب الخاطئة التي لها علاقة بالمشكلة كاتجاهه نحو والديه أو أصدقائه أو مدرّسيه.

ب. علاج البيئة المحيطة بالطفل ويسمى بالعلاج البيئي، ويهدف إلى تغيير البيئة الفاسدة التي تؤثر على مشكلة المصاب ويتم ذلك من خلال معاملته معاملة أفضل من ذي قبل، إذا كان يعاني من سوء المعاملة سواء من جانب الوالدين أو المدرسين أو الزملاء، أو بتلبية مطالبه المادية لتخليصه من الشعور بالحرمان المادي أو بمطالبة الوالدين بتجنب الشجار أمامه، حتى لا يتهدد شعوره بالأمن (Wiig & Semel, 1984) (Mogford & Sadler, 1989).

ثالثاً: إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل مع حالات اللعثمة والتأتأة عند طلبة المدارس

على المعلم أن يعرف أن المدرسة تُحدث أكبر قدر من الضغوطات للطالب، لذلك يقع على كاهل المعلم تهيئة الظروف المناسبة للطالب كي يتعلم بعيداً عن الإحساس بالضغوطات التي ترفع درجة القلق والتوتر عنده. وتعتبر الأمثلة التالية من الممارسات التي ترفع درجة القلق عند الطالب وتزيد الضغوط النفسية لديه:

1. أسلوب التدريس الصارم والمناداة على الطلاب للإجابة على الأسئلة أو التسميع حسب الدور أو حسب الحروف الهجائية.
2. الإصرار على إجابة قصيرة، محدودة وسريعة.
3. الحفظ والتسميع أمام الطلاب.
4. يجب على المعلم أن لا يتناسى هذا الطالب ويعفيه من القراءة أو الإجابة لأن هذا يؤدي إلى إحساس الطالب بالعزلة.

وبين كل من (Mogford & Sadler, 1989) ضرورة اتباع النصائح التالية:

1. تعليم الطريقة الصحيحة لنطق الأصوات، وتطوير المحصول اللغوي لمن يعانون من اضطرابات نطقية وتأخر في الكلام.
2. مساعدة وإعادة تعلم اللغة ومهارات الكلام وصياغة الجمل لمرضى الحبسة الكلامية وتعليمهم كيفية تعويض هذا القصور في اللغة والكلام.
3. زيادة نسبة طلاقة الأشخاص الذين يعانون من التلعثم وتوجيههم نحو التكيف مع التلعثم.
4. المساعدة على التحكم في طريقة إصدار الصوت وتنظيم التنفس لمن يعانون من اضطرابات في الصوت.
5. تهيئة الأشخاص على كيفية التواصل مع الآخرين بشكل صحيح.

رابعاً: مهارات التواصل الواجب إتقانها من قبل ذوي اضطرابات التواصل

هنالك العديد من مهارات التواصل الواجب إتقانها من ذوي اضطرابات التواصل لكي يتمكنوا من التفاعل مع التدخلات التأهيلية والتربوية المعدة لهم، وفيما يلي شرح موجز لكل من هذه المهارات:

أ. مهارة التدريب السمعي (Auditory Training Skill):

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى ذوي اضطرابات التواصل باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصةً الدلائل المناسبة التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى ثلاثة أهداف هي:

- تنمية وعي الطفل ذي اضطرابات التواصل للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل ذي اضطرابات التواصل وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

ب. مهارة التواصل اللفظي (Oral Communication Skill):

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد ذوي اضطرابات التواصل استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام، إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد ذا اضطرابات التواصل من التواصل مع أقرانه .

التوحد Autism:

ذكرت وينج (Wing.1996) أن جمعية التوحد الوطنية في بريطانيا (NAS) قدمت التعريف الأول، بينما قدمت جمعية التوحد في أمريكا (ASA) التعريف الثاني.

أ. تعريف جمعية التوحد الوطنية National Autistic Society:

التوحد هو عبارة عن إعاقة تؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الناس من حوله. وعلى الرغم من أنه حالة تتميز بدرجات واسعة النطاق من الشدة، إلا أن جميع الذين يعانون من التوحد يتميزون بثالوث (ICI) من الإعاقات في:

- التفاعل الاجتماعي. Social Interaction
- الاتصال الاجتماعي. Social Communication
- التخيل. Imagination

بالإضافة إلى هذا الثالوث، تعتبر النماذج السلوكية المتكررة خاصية ملحوظة لديهم.

ب. تعريف جمعية التوحد Autism Society of America:

يعتبر التوحد إعاقة نمائية شديدة تستمر طوال الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، ويؤثر التوحد في النمو السوي للدماغ في المجالات التي تتحكم بالثلاثية التالية (CIS):

- الاتصال اللفظي وغير اللفظي. Verbal and non verbal _ Communication
- التفاعل الاجتماعي. Social Interaction
- التطور الحسي. Sensory Development

أولاً: أشكال التوحد

1. التوحد عالي الأداء. High - Functioning Autism (HFA)
2. التوحد متدني الأداء. Low- Functioning Autism (LFA)
3. التوحد البسيط. Mild Autism
4. التوحد المعتدل. Moderate Autism
5. التوحد الشديد. Severe Autism
6. توحد كانر. Kanner Autism
7. التوحد الكلاسيكي. Classic Autism
8. توحد اسبيرجر. Asperger Autism

(الإمام والجوالده _ ج 2010)

ثانياً: خصائص الذين يعانون من التوحد

بينت وينج (Wing,1996,1993) توضيحاً لمجموعة من الخصائص العامة التي يعاني منها أفراد التوحد بناءً على ثالوث الإعاقات على النحو التالي:

أ. إعاقة في التفاعل الاجتماعي:

حيث قامت بتشخيص أربع مجموعات فرعية للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي:

- مجموعة اللاأباليين "البعيدين" **Aloof Group**: الذين لا يبادرون بالتفاعل الاجتماعي، ولا يكون لديهم ردود فعل نحو هذا التفاعل الاجتماعي.

- مجموعة "السلبيين" **Passive Group**: الذين يستجيبون للتفاعل الاجتماعي ولكن لا يبادرون به، وقد يتقبلون التواصل الاجتماعي بشكل سلبي.
- مجموعة "الفعالين" **Active Group**: ولكنهم غريبون، ويقومون بالتواصل ولكنهم يفتقرون إلى "التبادل" (تواصل ذي اتجاه واحد) One-Way Interaction، ويقوم الأطفال في هذه المجموعة بالاقتراب بالفعل من الآخرين بشكل عفوي، ولكنهم يقومون بذلك بطريقة شاذة وغير لائقة.
- مجموعة "المتكلفين" **Stilted Group**: الذين يبادرون بالاتصال ويستمرون به، ولكن ذلك يتم بطريقة رسمية ومتكلفة، وهم أناس لديهم قدرات أكبر، ويظهرون طريقة تفاعل رسمية ومتكلفة.



ب. إعاقة في الاتصال الاجتماعي:

غالباً ما يظهر التوحديون اللفظيون خصائص"توحدية" معينة، مثل:

- المصاداة **Echolalia**: ترديد لما يقوله الآخرون "بشكل يشبه ترديد الببغاء للكلمات والعبارات"، ويكون هذا الترديد إما فورياً (ترديد فوري)، أو بعد مرور فترة زمنية (ترديد متأخر).
- عكس الضمائر **Pronoun Reversal**: صعوبة في استخدام الضمائر مثل التفرقة بين أنا /أنت، وغيرها من أسماء الإشارة مثل هذا، هؤلاء، هنا، هناك.
- حرفية شديدة **Extreme literalness**: يكون فهم اللغة حرفياً، أي ما تعنيه الكلمة وليس ما يعنيه الشخص.

- لغة مجازية **Metaphorical Language**: قد تمتلك الكلمات بعض المعاني الخاصة التي تكون مختلفة عن تعريفاتها العامة.
- تعبيرات جديدة **Neologisms**: يتم استحداث كلمات جديدة وفهمها فقط من قبل هؤلاء الأشخاص الذين قاموا باستحداثها.
- التأكيد عن طريق الترديد **Affirmation By Repetition**: غياب مفهوم "نعم"، وبدلاً من ذلك يتم ترديد العبارة كلها للتعبير عن الموافقة.
- طرح أسئلة متكررة **Repetitive Questioning**: طرح نفس الأسئلة أكثر من مرة ليس من أجل الحصول على معلومات، بل للمحافظة على رد فعل يمكن التنبؤ به.
- المطالبة بنفس السيناريو اللفظي **Demanding The Same Verbal Scenario**: قول (والمطالبة بالاستجابة) نفس الكلمات بالضبط التي استخدمت في أوضاع متشابهة.
- أسلوب تخاطبي توحدي **Style Autistic Discourse**: يمكن أن يكون الكلام رسمياً كثيراً، أو ثرثاراً من حيث استخدام المفردات والقواعد.
- تحكم سيئ في علم العروض **Poor Control Of Prosody**: خصائص عروضية معينة من مثل صوت رتيب وممل، نغمات صوتية وإيقاع وتشديد تمييزي (الإمام والجوالده ـ 2010 ب).

ج. إعاقات في التخيل:

قد يظهر الأطفال الذين يعانون من التوحد:

- عدم القدرة على اللعب التخيلي مع أشياء أو ألعاب أو مع أطفال آخرين أو بالغين، ويمتلك بعض الأطفال التوحديين مدى محدد من الأنشطة التخيلية يتم نسخها من البرامج التلفزيونية مثلاً، والتي تكون عادة تكرارية ومتصلبة.
- الميل إلى الانتباه الانتقائي في التفاصيل الفرعية للبيئة بدلاً من فهم المعنى الكلي للمشهد.
- الافتقار إلى فهم المحادثات الاجتماعية.
- الافتقار إلى فهم القصص وبعض النصوص الأدبية الأخرى.
- الافتقار إلى فهم الفكاهة اللفظية الدقيقة.

وتتنوع الوسائل التي تظهر من خلالها أي من هذه الخصائص من طفل إلى آخر، وحتى بالنسبة للطفل نفسه، قد تتنوع المفاهيم المختلفة للنماذج السلوكية في فئات عمرية مختلفة، ولا يمتلك شخص واحد عادة جميع الخصائص في نفس الوقت أو بنفس الدرجة من الشدة.

الأنشطة النمطية المتكررة:

وبالنسبة لوينج (1993)، يترافق ثالوث الإعاقات عادة مع الأنشطة النمطية المتكررة التي يمكن أن تتخذ شكلاً بسيطاً أو معقداً، وتصنف وينج هذه السلوكيات في أربع مجموعات:

1. أمثلة على أنشطة نمطية بسيطة: النقر بالأصابع أو النقر على الأشياء، تدوير الأشياء أو مراقبة هذه الأشياء وهي تدور، النقر على الأسطح أو حكها، تلمس أنسجة معينة، الاهتزاز، ضرب الرأس أو إيذاء الذات، الضغط على الأسنان، إصدار أصوات.
2. أمثلة على الأنشطة النمطية المعقدة: التي تتضمن أشياء: التصاق شديد بأشياء معينة دون هدف واضح، افتتان بنماذج أو أصوات وغيرها، ترتيب الأشياء في صفوف أو نماذج أو غير ذلك.
3. أمثلة على أنشطة نمطية معقدة: تشمل: أعمالاً روتينية من مثل الإصرار على اتباع نفس الطريق إلى أماكن معينة، طقوس موعد الذهاب إلى النوم، تكرار سلسلة من حركات الجسد الغريبة.
4. أمثلة على تكرار أنشطة معقدة لفظية أو مجردة: مثل الافتتان بمواضيع معينة، طرح نفس سلسلة الأسئلة، والمطالبة بإجابات معيارية.

ثالثاً: أسباب التوحد

هنالك مجموعة من الأسباب التي يمكن أن يعزى إليها اضطراب التوحد ومنها:

1. الأسباب الجينية والكروموسومية المحتملة: وقد تسبب الجينات غير المستقرة مشكلات فرعية فقط لدى معظم الناس، ومع ذلك، وفي ظروف معينة ـ غير معروفة بعد ـ قد تتدخل الشيفرة المعطوبة بشكل خطير في تطور الدماغ، كما قد يكون من المحتمل أيضاً أن تكون الجينات ذات العلاقة بالتوحد

موجودة في مكان ما يجعل الوليد في مواجهة خطر أكبر، أو قد تجعله أكثر ضعفاً تجاه الأحداث البيئية مثل التعرض للفيروسات والسموم.

2. الأسباب العقلية: يرى فرث (Firth.2003) أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام، الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة .
3. أسباب عائدة لتكوين الدماغ: فقد وجد بعض العلماء ضموراً في حجم المخيخ خصوصاً في الفصيصات الدورية رقم ستة وسبعة، وقد يصل هذا الضمور إلى (13٪) من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد مع وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب للتوحد.
4. أسباب عصبية: هناك بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (20 – 65٪) في حالات التوحد.
5. الأسباب العصبية والبيوكيماوية المحتملة: بعض النواقل العصبية في الجهاز العصبي المركزي تلعب دوراً مهماً في العمليات المعرفية الأساسية والتي أدت بالعلماء إلى البحث عن علاقة مثل هذه النواقل بوجود التوحد، من ذلك: السيروتونين Cerotonin، والدوبامين Dopamine، والبيبتيدات العصبية Neuro Peptide.
6. الأسباب البيئية: إن الوراثة بين التوائم المتطابقة لا تصل إلى (100٪) وهذا يوحي بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات التوحد حيث تسبب في تلف الدماغ أو وظائفه.

رابعاً: التدخل المبكر للذين يعانون من التوحد

هناك العديد من الطرق التربوية والأساليب العلاجية المتوافرة في ميدان وساحة التوحد، ولم يثبت بعد فيما إذا كان أي منها ناجحاً وفاعلاً لجميع أفراد التوحد، أو يصلح لحالة دون أخرى بدرجة مطلقة، ولكن يأتي بعضها بنتائج متميزة، والعديد من الآباء مستعدون لأن يجربوا كل شيء ابتداءً من المعالجين الروحانيين Faith Healers مروراً بالعلاج عن طريق الغذاء، والأعشاب الطبية، والوصفات البلدية، وصولاً إلى علاج الطب النفسي Psychiatric، فهم مستعدون لعمل أي شيء،

ويتعلقون به على أمل تحقيق الأمل بالشفاء، كما يتمنون ويرجون، وذلك من أجل أن يجدوا العلاج المناسب لطفلهم.

وبينت السميطي (Alsumaiti,2004) في دراستها التي هدفت إلى التعرف على الطرق والوسائل للتدخل المبكر للأطفال الذين يعانون من التوحد في مركز دبي للتوحد وتحديد وسائل التدخل المبكر التي يمكن تطبيقها في هذه المراكز . وقد طورت الباحثة استبانة وجهت لأولياء أمور الأطفال المصابين بالتوحد لقياس تصورات الأهالي ومدى اهتمامهم وتوقعاتهم ومعرفة اقتراحاتهم حول الوسيلة المناسبة للتدخل المبكر، كما أجرت الباحثة مقابلات مع منسقي برامج التوحد وبعض الأهالي في المملكة المتحدة. وقد توصلت الدراسة إلى أن أهم المشكلات التي تواجه الأهالي هي عدم التشخيص المبكر، وعدم تقديم الدعم لهم، كما بينت الدراسة مجموعة من الأساليب والبرامج المناسبة التي يمكن تطبيقها في المركز، وقد كان أسلوب إشراك الأهالي مع أطفالهم في عملية التدخل المبكر وتفاعلهم مع أبنائهم هي من أقوى وأنجح الأساليب وأكثرها فاعلية.

وقد بين الإمام، الجوالده (2010 ـ ب) وجود أكثر من (450) علاجاً مختلفاً للتوحد، وفي كل عام، تظهر أنواع جديدة من العلاج، وتتداخل بعض مفاهيم المعالجات وتتشابك فيما بينها لتنتج متواليات هندسية في عدد المعالجات المطردة، ويذكر جوردن وجونز وميري وداوسون واسترلنيج (Jordan,Jones & Murray,1998 ; Dawson & Osterling,1997) أن هناك الكثير من الجدل حول كل هذه المعالجات وطرق تنفيذها ومدى فاعليتها، ولقد أجريت الكثير من الدراسات حول إعداد تقارير خاصة في مجال تقويم ومقارنة الأساليب العلاجية المختلفة. وتوصلت هذه التقارير إلى استنتاج عدم ثبوت فعالية أي من هذه الأساليب مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الطيف التوحدي، حيث إن التوحد كثير التنوع، وكل طفل قد يستفيد من أسلوب معين في فترة زمنية معينة، بالإضافة لذلك، قد ينجح معلم أو أخصائي ملهم أو ولي أمر مهتم وملتزم في استخدام أي أسلوب يؤمن به (Jordan et al.1998)، وقد يتوصل بعض أولياء الأمور إلى أساليب مريحة لهم ولأطفالهم ويكتشفون في هذه الأساليب التحسن والارتقاء في حالة أبنائهم، وقد يعزى ذلك إلى قبول حالة الطفل ووضعه أياً كانت العشرة الصادقة والرضى بما رزق، الوعي والثقافة، وغير

ذلك من الأساليب الاجتماعية المريحة المنبثقة من المجتمع والبيئة. وفيما يلي نظرة موجزة على بعض المناهج والأساليب العديدة المستخدمة حالياً.

خامساً: أشكال معالجات التوحد

أولاً: الأساليب الطبية الحيوية (باستخدام الأدوية) Biomedical (Pharmacological) Approaches: (أدوية، حمية، مواد، إضافات من الفيتامينات والأغذية).

ثانياً: الأساليب العصبية الحسية Neurosensory Approaches: (النمذجة، طريقة دومان ـ دي لاكتو، العلاج بالتكامل الحسي، التدريب على التكامل السمعي (AIT)، طريقة إيرلين).

ثالثاً: العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic: (التحليل النفسي، العلاج بالاحتضان).

رابعاً: الأساليب التفاعلية Interactive Approaches: (الخيارات، الزمن المكرس للعب مع الأطفال "فلور تايم").

خامساً: الأسلوب السلوكي والتعليمي Approaches Behavioral\Educational: (تحليل السلوك التطبيقي (TEACCH) (ABA) تيتش، العلاج بالحياة اليومية).

سادساً: الأساليب المعرفية Cognitive Approaches.

سابعاً: العلاج بالتواصل / اللغة Communication \ Language Therapies: (العلاج بالنطق ـ اللغة، نظام التواصل بالصور (PECS)، لغة الإشارات، الاتصال الميسر).

ثامناً: أنواع أخرى من العلاج: (العلاج بالموسيقى، علاج دولفين، وغيرها).

ومن خلال هذه الأشكال للمعالجات المتباينة يتبين عدم وجود أساليب انفرادية للعلاج، حيث إن هذه المعالجات تستخدم أساليب من فئات أخرى، وتكون بعض هذه الأساليب محددة جداً وتركز على جانب واحد أو جانبين من جوانب التوحد (مثل التدريب على التكامل السمعي، طريقة إيرلين). وبعض الأساليب تستعير بعض التقنيات من أساليب مختلفة (مثل TEACCH). ولا يزال هناك آخرون يستخدمون أسماء مختلفة لتقديم الأساليب الموجودة على أنها أساليب جديدة، (قد يضيفون بعض الأشياء

القليلة هنا وهناك) مثل (SIT)، التفاعل المكثف Intensive Interaction وغيرها (الإمام والجوالده ـ 2010 ب).

أ. الأساليب الطبية الحيوية (باستخدام الأدوية) Biomedical (Pharmacological) Approaches:

لا يوجد هناك دواء يصلح التركيب الدماغي أو يطور الأداء أو يحدث طفرة بالسلوك ويمنع العجز، ويلغي القصور في القيام بالأداءات المختلفة. ومع ذلك، وجد الباحثون أن هناك بعض العقاقير التي تم تطويرها وثبتت فعاليتها في معالجة اضطرابات أخرى، ويمكن أن تكون الأدوية المستخدمة في علاج القلق والاكتئاب مفيدة لبعض التوحدين الذين يعانون من مستويات عالية من القلق، ومن المهم تذكر الأعراض الجانبية المحتملة واستخدام العقاقير بحذر وتحت إشراف مستمر من الطبيب، وتشمل هذه العقاقير:

- فلو كستين (بروزاك). Fluoxetine (Prozac)
- فلوفوكسامين (لوفوكس). Fluvoxamine (Luvox)
- سيترالين (زولوفت). Setraline (Zoloft)
- كلوميبرامين (أنا فرانل). Clomipramine (Anafranil)

ولقد استخدم دواء الريسبيردون Risperidone، الذي يستخدم عادة لعلاج الفصام، مع حالات التوحد لضبط العدوان الشديد وإيذاء الذات والسلوكيات النمطية، وفي الوقت الذي تم فيه الوصول إلى أن هذا العلاج ناجح في بعض الحالات، واستخدم دواء البيراسيتام Piracetam مع بعض حالات التوحد، ويقال إن فيتامين (ب 6) Vitamin B6 والمغنيسيوم Magnesium يحفزان النشاط العقلي ويزيدان من الوعي والانتباه والصحة العامة.

ولتخفيف فرط النشاط لدى الذين يعانون من التوحد يتم وصف أدوية محفزة مثل ريتالين Ritalin (وهو يستخدم عادة مع الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط ADHD)، ففي بعض الأحيان، قد تساعد "حواجز بيتا" Beta-blockers مثل بروبرانولول Propranolol في تخفيف الإثارة والقلق دون التعرض للآثار الجانبية التي يسببها الريتالين، وللعلم أن أي عقار قد يسبب آثاراً جانبية غير مرغوب فيها، ولذلك يجب إعطاؤه بحذر.

ويمكن معالجة عدم تحمل أصناف غذائية والحساسية تجاه أصناف غذائية معينة (وهذا شائع جداً في التوحد) عبر تقديم أغذية خاصة، ويظهر بعض الأفراد تغيرات مؤثرة في سلوكياتهم بعد إزالة أنواع معينة من الأكل من قائمة طعامهم، ويعتقد أن الاختلال في الببتيدات Peptides (التي وجدت في بول الأفراد التوحديين) قد تكون عائدة إلى عدم القدرة على تحطيم الجلوتين Gluten (الذي يوجد في القمح والشعير والشوفان) وخميرة الجبن "الكازين" Casein (منتجات الألبان) وتحويلها إلى أحماض أمينية، وعند إزالة هذه المواد من قائمة الطعام، قد يكون هناك تغيرات إيجابية في السلوك (الإمام والجوالده، 2010 ـ ب).

ب. الأساليب العصبية الحسية Neurosensory Approaches:

1. النمذجة أو طريقة دومان ـ ديلاكتو Patterning Doman - Delacato Method:

في الخمسينيات والستينيات، قام الباحثون تمبيل فاي وكارول ديلاكتو وجلين وروبرت دومان وآخرون Temple Fay,Carl Delacto,Glen and Robert Doman and others ، في معهد تطوير الإمكانيات البشرية بالولايات المتحدة الأمريكية بدراسة الرابط بين مشكلات العلاج الحسي والإعاقات التطورية الفكرية، وأصبحت طريقة إعادة التأهيل تلك معروفة باسم "طريقة دومان – ديلاكتو أو النمذجة. واستند هذا الأسلوب على العلاقة بين نظرية سيطرة نصف الدماغ والتطور العرقي التسلسلي الفردي، ويتم تقديم العلاج على افتراض أن هناك مراحل تطورية مهمة للتنظيم العصبي لا يمكن تجاهلها، وأن على الطفل إتقان الأنشطة الوظيفية في المستويات المختلفة من النمو قبل التقدم إلى الأمام.

وحسب هذه النظرية، هناك العديد من حالات الإعاقات التطورية الفكرية والاضطرابات السلوكية التي يسببها التلف الدماغيBrain damage أو " التنظيم العصبي المختل " Poor Neurological Organization والذي يمكن معالجته بشكل فعال عن طريق "إعادة تدريب" الدماغ و "نمذجة الحركات من الخارج" لتنظيم الطريقة التي يعمل بها الدماغ.

وبما أنه لا يوجد لغاية وقتنا الحاضر أبحاث تثبت "الشفاء" الكامل، إلا أن طريقة Doman-Delacto انتقدت بشدة، وصدر بيان من الأكاديمية الأمريكية للأطفال The American Academy Of Pediatrics عام (1965) بين فيه عدم فاعلية هذا العلاج.

وعلى الرغم من ذلك قام العديد من الباحثين بتطوير أساليب العلاج على أساس بعض مفاهيم النمذجة وإعادة سوية الحواس، وخاصة في ميدان العلاج " الوظيفي " دون اعتراض من قبل المنظمات الرسمية. وفي الوقت الذي يتعامل فيه علاج ديلاكتو مع الحواس الخمس على الأغلب (البصر، السمع، الحس، الشم والتذوق)، استخدم علاج التكامل الحسي Sensory Integration Therapy (Ayres,1979) (استناداً على أساس نظري مشابه) أصلاً لمعالجة الخلل الوظيفي في حواس الحس والتوازن والوعي الجسدي، وتم وصف هذا العلاج على أنه يسهل تطور قدرات الجهاز العصبي من أجل معالجة المدخلات الحسية بطريقة سوية. ويمكن أن تأخذ أساليب التكامل الحسي عدة أشكال:

- التكامل الحسي المتعدد Multi _ Sensory Integration: استخدام الحواس بطريقة متكاملة، وهذا يعني استخدام عدة نماذج حسية في نفس الوقت، مثل يسمع وينظر بدلاً من التركيز على قناة واحدة فقط.
- تخفيف الحساسية Desensitization: لتوفير تحمل أكثر وزيادة القدرة على الكلام وتواصل العين وتخفيف السلوكيات النمطية والسلوكيات التي تؤذي الذات وتؤذي الآخر، ومن أجل تحقيق هذا، توصف بعض أنواع الحمية الحسية التي تشمل برنامج نشاط مخطط ومبرمج يستخدمه معالج وظيفي، وتحفز الحمية الحسية الحواس القريبة (الحس، التوازن والإدراك الجسدي) مع مجموعة من الأساليب المنبهة والمنظمة والمهدئة، ويتم تطوير العلاجات التي تهتم بمشكلة معالجة نماذج حسية مختلفة. عولجت المشكلات البصرية عن طريق استخدام النظارات الملونة (طريقة إيرلين) أو التدريب البصري (مثل ارتداء عدسات على شكل منشور والقيام بتمارين حركة).

2. طريقة إيرلين Irlen Method:

تعرفت هيلين إيرلين على المشكلات الإدراكية التي يكون سببها الحساسية نحو الضوء، وكانت هيلين تتعامل مع بالغين يعانون من عسر القراءة، وأطلقت إيرلين على مجموعة أعراض هذا الخلل الوظيفي متلازمة الحساسية الضوئية Dysfunction Scotopic Sensitivity Syndrome (DSS)، وهو المعروف اليوم بمتلازمة إيرلين.

ولقد ظهر أن هناك أعراضاً مشابهة لذلك تظهر لدى التوحدين الذين يعانون من صعوبات في المعالجة البصرية، ولقد قامت إيرلين بتطوير طريقة لمعالجة هذا الخلل الوظيفي البصري وذلك باستخدام شفافيات ملونة ونظارات ملونة لتحسين الإدراك البصري للبيئة، ويعتقد أن العدسات تقوم بتصفية ذبذبات الطيف الضوئي التي قد يكون الشخص حساساً لها بشكل متفرد (Irlen,1997)، ويبدو أن هذه الطريقة فعالة لدى التوحدين الذين تكون مشكلاتهم البصرية شديدة حيث تساعد في إبطاء المعلومات البصرية القادمة وتخفف من العبء البصري، وهذه الطريقة لا تشفي التوحد ولكنها توفر الأدوات التي تجعل (استقبال) المعلومات البصرية طبيعياً.

ويرتكز " فحص النظر السلوكي " على افتراض إمكانية "إعادة تدريب" الرؤية بشكل ميكانيكي عن طريق استخدام منشور معين واتباع تمارين للعين (الإمام والجوالده، 2010 - ب).

3. التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (AIT):

تهدف هذه الطريقة إلى "إعادة تدريب" الأذن لتخفيف فرط الحساسية نحو الأصوات، وهناك نمطان من التدريب على التكامل السمعي:

- طريقة توماتيس. Tomatis Method
- طريقة بيرارد. Berard Method

ج. العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic:

يشمل:

- التحليل النفسي. Psychoanalysis
- العلاج بالاحتضان. Holding Therapy

د. الأساليب التفاعلية Interactive Approaches:

تلقي الأساليب التفاعلية الضوء على أهمية تطوير علاقة تواصل ما بين الطفل ومن يرعاه، ويوجد في الوقت الحاضر بضعة أساليب تفاعلية مختلفة: الخيارات، والوقت المكرس للعب مع الأطفال "الفلور تايم".

هـ. الأسلوب السلوكي والتعليمي Approaches Behavioural\ Educational:

- تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavioural Analysis (ABA).

- تيتش TEACCH.
- العـــــلاج بالحيـــــاة اليوميـــــة (مدرســـــة هيجاشـــــي) Daily Life Therapy (Higashi School).

و. الأساليب المعرفية Cognitive Approaches:

تم دمج الأساليب المعرفية في الأساليب التعليمية الأخرى مثل TEACCH ، وتبدأ الاستراتيجيات دائماً بتقويم دقيق لمواطن الاحتياج والقوة لدى كل فرد من أجل الوقوف على المستوى الحالي للحالة، ويشمل التقويم:

- التقليد. Imitation
- الإدراك. Perception
- المهارات الحركية الدقيقة. Fine Motor Skills
- المهارات الحركية الإجمالية. Gross Motor Skills
- التآزر البصري الحركي. Eye - hand Coordination
- الأداء المعرفي غير اللفظي. Non-Verbal Cognitive Performance
- القدرات اللفظية. Verbal Abilities

وتستخدم مواطن القوة التي تم التعرف عليها لمحو أو إخفاء مواطن الاحتياج، وقد يمكن استخدام مواطن القوة في تشكيل سلوك جديد بالتكرار والتدريب، قد يؤدي إلى إخفاء النواحي غير المرغوبة . وتأخذ الأساليب التعليمية بعين الاعتبار النمط الحسي المفضل، ويكون عادة ـ وليس بالضرورة ـ النمط البصري، والحاجة إلى التركيب والقدرة على التنبؤ. ويبدو أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في مجال اضطرابات المزاج المرتبطة بمتلازمة اسبيرجر، ومع ذلك، لا زلنا بحاجة إلى المزيد من الأبحاث لتقويمه والتعرف على التعديلات المحددة والمتعلقة بالأفراد ذوي متلازمة اسبيرجر.

ز. علاج التواصل / اللغة Communication \ Language Therapies:

- علاج النطق/اللغة Speech - Language Therapy .
- نظام الاتصال عبر تبادل الصور (PECS) Picture Exchange Communication System.
- لغة الإشارات Sign Language.

- الاتصال الميسر Facilitated Communication (FC)، ويعتبر طريقة لتزويد الأفراد الذين يعانون من مشكلات اتصال حادة بالدعم الجسدي والانفعالي.

ح. العلاج بالموسيقى Music Therapy والعلاج بالدولفينDolphin Therapy:

وهذان الأسلوبان من العلاج أظهرا نجاحاً في تحسين المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الأفراد التوحديين، ولكن لا يمكن القطع بأن هناك برامج تنفرد بتنمية المهارات المختلفة لدى جميع الأشخاص التوحديين.

خامساً: برامج التدخل المبكر للتوحديين (الدمج)

تعد إعاقة التوحد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل ولوالديه ولمعلميه، وأن مما يزيد هذه الإعاقة صعوبة هو قلة وجود متخصصين لتعليم هذه الفئة، ولتقديم خدمات متكاملة تحقق لهم الاندماج في مجتمعاتهم.

وتعد مشكلة الدمج من المشكلات المعاصرة الواسعة الانتشار في العالم عامة، وفي العالم العربي على وجه الخصوص، فمن خلال المعاناة التي رافقت وضع ذوي الحاجات الخاصة وذويهم. أدى لظهور اتجاهات عالمية تنادي بأهمية الدمج في الحياة والمدارس العادية لذوي الحاجات الخاصة ومنها التوحد، ففي عام (1981) وهو العام الدولي للمعاقين الذي أُعلن فيه عن أهمية المساواة والمشاركة الكاملة في "المجتمع للجميع" ليضمن لذوي الحاجات الخاصة المشاركة في الحياة والاستمتاع بها بأقل قدر من الانعزال، ولتحقيق أفضل المستويات من النمو والتوافق النفسي والاجتماعي والأكاديمي.

مفهوم الدمج Mainstreaming:

أشار عبد الجبار (1998) إلى أن ما يُقصد بالدمج هو وضع الطفل من ذوي الحاجات الخاصة في المدارس والفصول العادية مع العاديين والاهتمام بحاجاتهم الأخرى عن طريق غرفة المصادر ومعلم التربية الخاصة.

وترى شاش (2002) بأن المقصود من الدمج هو وضع مجموعة من الأطفال في الفصول الملحقة مع الأطفال العاديين في المدرسة نفسها في أنشطة المهارات الاجتماعية.

ويضيف كل من عبد الجبار ومسعود (2002) أن الدمج هو برنامج يلتحق به التلاميذ ذوو الحاجات الخاصة في المدارس العادية، سواء أكان الالتحاق في الفصول

العادية لكامل اليوم أم لجزء منه في الفصول الملحقة بالمدارس العادية أم في استخدام غرف المصادر لجزء من اليوم الدراسي وذلك مع توافر الخدمات المساندة.

الاتجاهات نحو الدمج:

يشير كل من الهنيني (1989) وشاش (2002) إلى أن اتجاهات الأشخاص نحو الدمج اتخذت ثلاثة مواقف:

الموقف الأول: فئة يعارضون فكرة الدمج بشدة، وترى أن وجود الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مدارس خاصة مع معلمين خاصين ذوي فائدة عالية لهم في مجال تعليمهم.

الموقف الثاني: فئة مؤيدة لفكرة الدمج، سواء أكان ذلك في فصول ملحقة، أم في الفصول العادية مع الأطفال العاديين، للحصول على حقوقهم في بيئة تعليمية وحياتية متساوية للجميع.

الموقف الثالث: فئة محايدة لفكرة الدمج، وترى أن فئة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة من القابلين للتعلم، القادرين على التوافق في الحياة الاجتماعية والمجتمعية وفي بيئة مناسبة، هم الذين يتم دمجهم.

أنواع وأشكال الدمج:

إن المتتبع لحالة ذوي الحاجات الخاصة من المناداة بالعزل إلى الدمج الجزئي إلى ما ينادى به في الوقت الحاضر بالدمج الكلي؛ أي التعليم مع الطلاب العاديين في فصل واحد ومدرسة واحدة في حالة مساواة مطلقة، يرى أنه قد أدى إلى التطور في أشكال وأنواع عديدة للدمج ومنها ما ذكره كل من تورجونسون **(1994)**؛ وشهداد **(1998)** وهي على النحو التالي:

1. الدمج المكاني **(Location Integration)**: في هذا النوع من الدمج تشترك المدرسة الخاصة مع المدرسة العادية في البناء المدرسي ويتم تعليم التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة ضمن صفوف أو وحدات خاصة.
2. الدمج الاجتماعي **(Social Integration)**: ويتم في هذا النوع من الدمج تقليص المسافة الاجتماعية بين التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة الملتحقين بالصفوف الخاصة مع الأطفال الآخرين، وتقليل الفروق الوظيفية

بينهم وبين أقرانهم من الأطفال العاديين، وتشجيع التفاعل التلقائي بينهم من خلال الأنشطة الاجتماعية المختلفة كاللعب والرحلات وحصص الفن والنشاط.

3. الدمج الوظيفي (Functional Integration): وفي الدمج الوظيفي الذي يتم تحقيقه بعد إتمام الشكلين آنفي الذكر، ويقصد به دمج ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية وتقليل الفروق الوظيفية بينهم وبين أقرانهم، ويتم تعليمهم باستخدام نفس البرامج التعليمية كل الوقت أو بعضه، ويتم تحقيق هذا النوع من الدمج من خلال الجمع بين كل من الدمج المكاني والدمج الاجتماعي.

وبذلك نجد أن الدمج الحقيقي هو الاستعداد التام لتوفير فرص المشاركة الفعالة والمثمرة لهذا الطفل في مختلف النشاطات الصفية واللاصفية والاستعداد لإجراء التعديلات اللازمة.

أساليب وطرق الدمج:

أشار الشخص (1987) إلى أن هذه الأساليب تضمن الآتي:

1. يوضع الطفل ذو الحاجات الخاصة في فصل ملحق بالمدرسة العادية حيث يتلقى تعليمه فيه طوال اليوم الدراسي.
2. يوضع الطفل ذو الحاجات الخاصة في فصل ملحق بالمدرسة العادية ويلتحق بالأطفال العاديين في الأنشطة اللاصفية، حيث يتلقى تعليمه فيه لبعض اليوم الدراسي.
3. يتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة تعليمه في فصول للعاديين طوال اليوم الدراسي.
4. يتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة تعليمه في فصول للعاديين ويقدم المعلم الاستشاري الخدمات المساندة له ولمعلمه.
5. يتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة تعليمه في فصول للعاديين ويستفيد من الوسائل والخدمات التي يقدمها أخصائي غرفة المصادر.
6. يتلقى الطفل ذو الحاجات الخاصة تعليمه في جزء من اليوم الدراسي مع العاديين وفي الجزء الآخر في فصل خاص به.

الأسس التي يجب مراعاتها لإنجاح عملية الدمج:

يعتمد نجاح أي عمل على مستوى التخطيط الدقيق لجميع أبعاده وإمكاناته للتغلب على مجمل المعوقات التي يمكن أن تحدث أثناء التطبيق، ولكي نضمن نجاح عملية الدمج فلا بد أن يؤخذ في الحسبان تطبيق الأسس الواجب مراعاتها لإنجاح عملية الدمج. فقد أشار كل من Simpson, & etal, 2003 () إلى الأسس التي يجب مراعاتها على النحو الآتي:

1. التخطيط للدمج: يتم التخطيط المسبق للدمج ووضع الأسس والأهداف وتهيئة المكان والميزانية المالية وإعداد الكوادر له وتهيئة المجتمع بجميع مؤسساته وعمل الدراسات والبحوث ومراكزها واللجان الاستشارية والتقييمية والرقابية ومواكبة التطورات الحديثة في العالم.
2. نوع الإعاقة: إن دمج ذوي الحاجات الخاصة في مدارس العاديين ينظر إليها من حيث النوع والشدة، فإن الإعاقة الشديدة يصعب معها الدمج على عكس البسيطة والمتوسطة.
3. التربية المبكرة: تعتمد التربية المبكرة في الدرجة الأولى على الأسرة في تعليمها الأولي للطفل من حيث النطق والكلام ومسميات الأشياء والتنقل معهم، وكذلك مع طبيب الأسرة، ورياض الأطفال الملائمة لطبيعة الطفل، واصطحابه لأماكن لعب الأطفال.
4. إلزامية التعليم: أي تفعيل القوانين والتشريعات والحقوق في النظام التربوي، ليتسنى العمل بها والإفادة من تطبيقها في جميع المدارس والجامعات والمؤسسات الحياتية الأخرى.
5. تقبل المعلمين وإعدادهم للمدارس العادية: يتوقف نجاح المعلم لعملية الدمج على تقبله لذوي الحاجات الخاصة ولفكرة دمجهم، وعلى تدريبه تدريباً يؤهله ليتوافق مع طبيعة الدمج والمدموج في المدارس العادية وهي تعد من الركائز الأساسية.
6. عدد طلاب ذوي الحاجات الخاصة في الصف العادي: لا يوجد تحديد دقيق للعدد الذي يجب أن يكون في الصف العادي مع العاديين، وإنما يقترح أن لا يكون عدد الطلاب ذوي الحاجات الخاصة بوجه عام واحداً أو اثنين

حتى لا يتسنى للطلاب الآخرين عزلهم ونبذهم ولا يكون أكثر من ثلاثة أو أربعة حتى لا يؤدي ذلك إلى تأخر سير العملية التربوية التعليمية داخل الصف العادي.

7. حجم طلاب الصف: ينبغي أن لا يكون عدد الطلاب في الصف كبيراً، وذلك لصعوبة تحقيق مهمة المعلم التربوية بالمستوى المطلوب من حيث الجودة وكذلك من حيث مساحة الصف ومستواه الدراسي.
8. أماكن الطلاب ذوي الحاجات الخاصة في الصف: إن من الأهمية بمكان أن يكون من نريد التركيز عليه في الصدارة، أي أن تكون أماكنهم في وسط الصف الأول حتى يستطيع المعلم أن يقدم لهم الخدمات من حيث زيادة فرص استيعابهم وسهولة تقديم العناية لهم.
9. توافر الدعم في بعض الحصص خارج الصف العادي: لكي يستطيع الطالب من ذوي الحاجات الخاصة مسايرة زملائه العاديين في مستوى التحصيل العلمي، يتم وضع جدول لدعمه في بعض الحصص وذلك خارج الصف العادي
10. اختيار المدرسة للدمج: عند الرغبة في اختيار مبنى مدرسي لدمج الطلاب ذوي الحاجات الخاصة بها، فيجب أن يكون مهيأ من حيث: المرافق والفصول الدراسية والأجهزة والأدوات والوسائل التعليمية لتوصيل المعلومات والساحات وسبل الأمن والوقاية وغرفة المصادر المجهزة وغرف المعلمين والأخصائيين وأدواتهم وأجهزتهم ذات العلاقة بالإدارة، ويحبذ أن يكون المبنى دوراً واحداً أرضياً، وفي بيئة مناسبة وموقع مناسب، وتتوافر فيه جماعة الصيانة المستمرة.
11. دور الأسرة في عملية الدمج: ويمكن معرفة دور الأسرة من خلال التقبل ووعي أفرادها بطبيعة الإعاقة لدى طفلها، ومدى معرفتها بطرق ووسائل تعليمه، والغرض من دمجه في المدارس العادية وأهمية التعاون مع المعلمين في تيسير تطوير أطفالهم من الناحية الأكاديمية والنفسية والاجتماعية والحياتية، ومشاركة الأسرة في التدريب والتخطيط والتطوير للعملية التربوية.

وقد أشار الزريقات (2004) إلى مجموعة من الأهداف التربوية التي يجب مراعاتها لإكساب الطفل التوحدي بمجموعة من المهارات التي بمقتضاها نستطيع إدماجه.

ومن هذه الأهداف التربوية: تنمية المهارات الاجتماعية لزيادة المشاركة في الأنشطة الأسرية والمدرسية والمجتمعية، واللغة اللفظية التعبيرية والاستقبالية، ومهارات التواصل غير اللفظية، وتنمية المهارات المعرفية والمفاهيم الأساسية والمهارات الأكاديمية، واللعب الرمزي والمشاركة في اللعب، والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة وفقاً للأنشطة المناسبة، وتنمية المهارات التنظيمية المستقلة، وإبدال السلوكيات المعطلة بسلوكيات مناسبة، واختيار المدرسة المناسبة للدمج، ودور أولياء الأمور في عملية الدمج، ومشاركة الأسرة في التدرب والتدريب والتخطيط والتطوير في العملية التربوية، كما يشير أيضاً يونغ وآخرون (Young, & etal. 1997) إلى أن سلوك وأداء الطلاب التوحديين يتأثر بالبالغين أثناء حياتهم بما في ذلك الحرفيين المتدربين، وهم غالباً ما يكونون من البالغين الذين يتواصل معهم الطلاب في بيئة الدمج في المدارس بشكل رئيس، لذلك من الأهمية بمكان تدريب وإعداد هؤلاء الأشخاص للقيام بدورهم كما هو الحال بالنسبة لتدريب المعلمين والكوادر المتخصصة الأخرى التي يجب أن تشرف على الحرفيين المتدربين، وتقيمهم لدعم عملية دمج الطلاب التوحديين والإعاقات الأخرى.

ويشير سميث (Smith,1992) إلى أن من الممكن لبعض البالغين التوحديين العيش باستقلالية في المجتمع وذلك بدعم قليل أو حتى دون دعم، وأن نسبة (25٪) من التوحديين ليس لديهم تخلف عقلي، وأن العجز في مهارات التواصل الاجتماعي قليل، وليس لديهم عدائية، لذلك يكون عيشهم باستقلال حقيقي ممكناً.

ويشير سيجال (Siegel, 1996) إلى بعض متطلبات الدمج للأطفال التوحديين وما يعتقده البعض من أن عملية الدمج تعمل بآلة سحرية بحيث يكفي أن تزج بالطفل المعاق في مجتمع الدمج وتتركه ليتعافى ويصبح مثل الأطفال السليمين الآخرين من تلقاء نفسه، وبهذا يتم تجاهل حاجة الطفل التوحدي إلى أن يتعلم كيفية الانضمام إلى ذلك المجتمع والمشاركة في الأنشطة التي يميل إليها مع الأطفال الآخرين، لذلك يحتاج هذا الطفل إلى الدعم التدريجي ووجود شخص بالغ يساعده في هذه المرحلة الانتقالية خلال مختلف الأنشطة التي يقوم بها الأطفال العاديون.

ومن جهة أخرى نحتاج في عملية الدمج إلى الأخذ بعين الاعتبار بالسبب الذي من أجله قمنا بعملية الدمج.

ويوجد سببان رئيسان عادةً ما يُعتمد عليهما وهما: الدمج الأكاديمي والدمج الاجتماعي؛ ونعني بالأول أن نتأكد من حصول الطفل على التعليم الذي يستحث قدرته الفعلية الكامنة. أما عن الدمج الاجتماعي فهو غالباً ما يكون هدفاً رئيساً وبالأخص للأطفال التوحديين الصغار، ويهدف هذا النوع من الدمج لإعطاء الطفل فرصة ليتعلم كيف يتمكن الأطفال الذين هم في مثل عمره من اللعب مع بعضهم بعضاً. ويرى كارت وايت وكارت وايت و وارد (Cartwright & Cartwright & Ward, 1989) أن الطلاب المعاقين لهم الحق في التعليم المناسب في وضع قريب من الوضع العادي، كما أن لهم الحق في تلقي أنواع أخرى من الخدمات بالإضافة إلى التعليم.

ويعتبر مفهوم دمج الأفراد من ذوي الحاجات الخاصة في التعليم الاعتيادي من المفاهيم الحديثة والرائدة في مجال التربية الخاصة. فقد أخذ يستحوذ على اهتمام الدارسين والباحثين في هذا المجال، إذ إن فلسفة الدمج تقوم على مبدأين مهمين:

- أولهما أن الأفراد على اختلاف أشكال وفئات إعاقاتهم، ومهما بلغت درجة هذه الإعاقات، فإن لديهم القابلية والدافعية للتعلم والعمل والتوافق والمشاركة في الحياة العادية مع بقية أفراد المجتمع.
- وثانيهما أن هؤلاء الأفراد لهم الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل والمشاركة في الحياة شأنهم شأن بقية أفراد المجتمع، ويمثلون جزءاً من الموارد البشرية لأي مجتمع ينبغي أخذهم بنظر الاعتبار عند التخطيط ووضع السياسات العامة للمجتمع (الصريدي، 1998).

ولقد تطور مفهوم دمج الأفراد ذوي الحاجات الخاصة ضمن المدارس الاعتيادية من خلال تأثير عدد من المتغيرات المختلفة منها: مناصرة رجال القانون لقضايا ذوي الحاجات الخاصة، ورفع العديد من أولياء الأمور للدعاوى القضائية المطالبة بحقوق أولادهم في مختلف المجالات، إضافة إلى التطور والنضج المهني للعاملين في مجال التربية الخاصة، وكذلك تزايد أعداد الدراسات والأبحاث التي أجريت في هذا الميدان حيث إنها ساعدت للوصول إلى فهم أدق لخصائص هذه الإعاقات، وطورت طرق تقييم وتشخيص الأفراد ذوي الحاجات الخاصة، بالإضافة إلى تغير الاتجاهات العامة في

المجتمع نحو ذوي الحاجات الخاصة، وسن القوانين والتشريعات الخاصة بحقوق ذوي الحاجات الخاصة (Stephenson & Richardson, 1980).

الصعوبات المرتبطة بالدمج:

هناك العديد من الصعوبات التي تعترض دمج التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة في المدارس الاعتيادية، ومن أبرز هذه الصعوبات هي:

- قلة التشريعات والقوانين الخاصة بعملية الدمج، وعدم إلزاميتها في جميع المدارس، أو عدم الالتزام بتطبيق الموجودة منها تعتبر حاجزاً يعوق عملية الدمج، وأن هناك تضارب وتداخل عمل الهيئات المسؤولة عن العمل مع ذوي الحاجات الخاصة، وعدم وجود تنسيق كاف بينهم ينعكس سلباً على عملية الدمج (Ramona & Mom, 1995).
- الصعوبات المادية التي تعيق عملية الدمج، حيث إنها تتطلب توفير تعديلات وإضافات في البناء المدرسي وممراته وساحاته، كما يتطلب وجود المناهج الدراسية وتوفير الوسائل التعليمية والأجهزة والتقنيات المادية المساعدة، إضافة إلى الخدمات الخاصة المساندة، وهذه المتطلبات تعتبر من العوامل المهمة لنجاح عملية دمج تلاميذ ذوي الحاجات الخاصة في التعليم الاعتيادي (Lewis & Doorlag, 1987).
- قلة المعلومات والبرامج التخصصية والوسائل التكنولوجية المستخدمة في عملية التعليم، كما أن هناك قصوراً واضحاً في شمولية الخدمات والمناهج لاحتياجات كثير من الطلاب بصرف النظر عن وضعهم الصحي، بالإضافة إلى رتابتها وصعوبة تطويعها لتشمل حاجات التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة، الأمر الذي يعزز من عزل التلاميذ بدلاً من دمجهم (القريوتي، 1993).
- العديد من الآباء يشكلون حواجز أمام مستقبل أبنائهم من ذوي الحاجات الخاصة نتيجة خوفهم عليهم، فيرفضون دمجهم بسبب الخوف عليهم من المعاملة الفظة التي قد يتعرضون لها من قبل التلاميذ العاديين، كما أن العديد من أولياء الأمور يشعرون بالقلق فيما يتعلق بنوع المساعدة والخدمات الخاصة والمعلمين المؤهلين الذين سوف يتعاملون مع أبنائهم.

- قلة برامج التدريب المقدمة لمعلمي التربية العادية عن كيفية التواصل والتعامل مع التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة سواء أكان ذلك التدريب قبل الخدمة أم أثناء الخدمة، وقلة توافر الدعم العلمي للمعلمين، والعديد منهم يدرك أنهم ليسوا مؤهلين بما يكفي لكي يتواصلوا ويقدموا الخدمات بشكلها الصحيح للتلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة.
- وضع المعلمين لتوقعات غير دقيقة وغير مرنة استناداً إلى مفاهيم شخصية مسبقة عن التلاميذ من ذوي الحاجات الخاصة، وليس استناداً إلى تجارب حقيقية مع الأطفال المعنيين. وهذه التوقعات سوف تؤثر على أنماط التفاعل بين المعلمين والتلاميذ في حالة دمجهم إلى درجة قد تعيق التلميذ عن التحصيل الدراسي والتفاعل الاجتماعي.
- مفهوم ذوي الحاجات الخاصة عن ذواتهم التي غالباً ما يؤثر سلباً عليهم، إذ إن إدراك الفرد لذاته وتقييمه لنفسه ينتج عن تفاعلاته مع الأشخاص الآخرين ويرتبط ذلك التفاعل بمفهوم الذات الجسمي لديه ارتباطاً وثيقاً، وقد يرتبط ذلك بالمواقف المحبطة التي يتعرض لها هؤلاء التلاميذ أثناء عملية الدمج، فقد يتطلب منهم عملاً يفوق قدراتهم مما يقودهم إلى الشعور بالعجز والنقص، وقد يلجأون إلى مشاعر الغضب أو النكران أو الانسحاب (نصر الله، 2002).

الفصل التاسع

خدمات التدخل المبكر للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

- تمهيد .
- تعريفات وتضمينات .
- الموهوبون ذوو صعوبات التعلم .
- خصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- حقائق عن البرامج التربوية المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- الأساليب التربوية والعلاجية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- إستراتيجيات التفاعل الصفي .
- الموهوبين ذوو صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة والتقييم الذاتي .
- الأسرة وتحصيل أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- تكيف الأسرة مع صعوبات التعلم لدى أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم الموهوب ذو الصعوبة التعلمية .
- إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم الموهوب ذي صعوبات التعلم .
- البرامج التربوية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم .
- المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة .

الفصل التاسع

خدمات التدخل المبكر للموهوبين ذوي صعوبات التعلم

تمهيد:

يعتبر الأردن من الدول الرائدة في رعاية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وقد نصت قوانين التربية والتعليم المتعاقبة ابتداءً بقانون التربية رقم (16) لسنة (1965)، وقانون التربية والتعليم المؤقت رقم (27) لسنة (1988)، وقانون التربية والتعليم رقم (3) لسنة (1994)، حيث ورد في المادة (6/3) ما نصه أن التربية ضرورة اجتماعية، والتعليم حق للجميع كل وفق قابليته وقدرته الذاتية، كما ورد في المادة (5/ و) ما نصه توسيع أنماط التربية في المؤسسات التربوية لتشمل برامج التربية الخاصة للمعوقين والموهوبين. كما أكد على العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص وخاصة لمن هم في سن التعليم. وبناءً على ذلك تولى قسم الإرشاد التربوي بوزارة التربية والتعليم ومنذ الثمانينيات الاهتمام بالطلبة غير العاديين وكانت وزارة التنمية الاجتماعية في ذلك الحين تولي عناية كبيرة للطلبة غير العاديين في مؤسساتها. وبعد صدور قانون رقم (12) لسنة (1993)، والذي عرف بقانون رعاية المعوقين حيث تنص الفقرة (ب/2) على أن توفر وزارة التربية والتعليم، التعليم الأساسي والثانوي بأنواعه للمعوقين حسب قدراتهم بما في ذلك توفير أنماط التربية لتشمل برامج التربية الخاصة، كما نصت المادة (45/ب/3) على أن كل مؤسسة تعليمية تعنى بتربية المعوقين وتعليمهم في القطاعين العام والخاص تشرف عليها وزارة التربية والتعليم وترخص من قبلها، وكذلك نصت المادة (4/ب/1) بأن التشخيص التربوي يعتبر مسؤولية وزارة التربية والتعليم (الخطيب، 2005). كما قامت وزارة التربية بتوسيع خدماتها التربوية لتشمل الطلبة من ذوي الحاجات الخاصة، إذ تم تأسيس قسم للتربية الخاصة في وزارة التربية في سنة (1994)، ثم تطور ذلك القسم ليصبح مديرية التربية الخاصة في عام (1996)، وشمل أقساماً للإرشاد التربوي، والتعليم العلاجي، وبرامج المتفوقين.

وكانت أولى تجارب الدمج في الأردن من خلال مؤسسة صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي سنة (1985) في مدرسة بجنوب الأردن حيث تم افتتاح أول صف خاص

في هذه المدرسة، وقبل البدء بالتجربة تم إلحاق العاملين في هذه المدرسة بدورات تدريبية عن أساليب التدريس والتعليم لذوي الحاجات التربوية الخاصة وإدارة الصف، ويستفيد من هذا المشروع الطلبة ذوو الحاجات الخاصة من فئات بطيئي التعلم وذوي الإعاقات العقلية البسيطة، ثم توسع المشروع ليضم (200) طالب وطالبة موزعين على عشر مدراس.

وكان يلتحق الطلبة ذوو الحاجات الخاصة ضمن هذا المشروع جزءاً من اليوم الدراسي في الصف الخاص، وباقي اليوم الدراسي يقضونه في غرفة الصف العادي، ويبقى الطالب ملتحقاً بالصف الخاص إلى أن يصل إلى مستوى طلبة الصف العادي، وإذا تحسن مثلاً في مادة ما فإنه يلتحق بالصف العادي لهذه المادة، ويبقى في الصف الخاص يتلقى المتطلبات الأخرى حتى يتقنها، وقد توصلت التجربة إلى دمج مجموعة كبيرة من الطلاب في الصفوف العادية بعد أن أصبح مستوى أداء أفرادها موازياً لمستوى زملائهم العاديين، وأن جميع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة أصبحوا أكثر ثقة وازداد تقبلهم للمدرسة والتعلم.

أما التجربة الرائدة الأخرى في الأردن كانت في مدرسة عبد الحميد شرف الثانوية التي استفاد من برنامجها الطلبة ذوو الحاجات الخاصة من فئات المعاقين عقلياً بدرجة بسيطة، والمعاقين جسدياً، والمعاقين بصرياً، وبلغ عددهم في بداية التجربة (30) طالباً وطالبة، وكان هدفها مساعدة الطلبة من ذوي الحاجات الخاصة والعناية بهم تربوياً ودمجهم مع زملائهم العاديين، وكذلك خلق الثقة بأنفسهم وإزالة التأثيرات السلبية الناتجة عن الفروق بينهم وبين أقرانهم، وكانت تقوم المدرسة بحصر الطلاب ضمن مجموعات صغيرة حسب قدراتهم ثم تحضر كل مجموعة على ضوء جدول المعلمين في صف خاص ثم تلتحق في جزء من اليوم في الصف العادي، وقد نجحت المدرسة بتخريج عدد من الطلبة بشهادة الثانوية وكان قسم منهم من المتفوقين في دراستهم (زكريا، **1993**).

تعريفات وتضمينات:

لقد عرف مكتب التربية الأمريكي المعدّل الذي يشير إلى أن الأطفال الموهوبين والمتفوقين هم أولئك الذين يعطون دليلاً على قدرتهم على الأداء الرفيع في المجالات

العقلية والإبداعية والفنية والقيادية والأكاديمية الخاصة، ويحتاجون خدمات وأنشطة لا تقدمها المدرسة عادةً، وذلك من أجل التطوير الكامل لمثل هذه الاستعدادات أو القابليات.

ولخّص كل من تيرمان وأودن (Terman & Oden, 1951) خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين الذين قاموا بدراستهم على النحو الآتي:

أنهم يتمتعون بوضع جسمي ولياقة بدنية أفضل من أقرانهم، وكذلك يظهرون قدرات عالية في القراءة واستخدام اللغة والمهارات الحسابية والعلوم والأدب والفنون والتهجئة، ومعلومات واقعية في التاريخ والشعوب، ولهم اهتماماتهم الذاتية، فهم يتعلمون القراءة بسهولة ويقرأون أكثر ويكتسبون أفضل من أبناء جيلهم، ويمارسون هوايات عديدة، وهم واثقون من أنفسهم إذ يحصلون على درجات مرتفعة في اختبارات ثبات الشخصية (السرور، 2003).

ويشير المؤلفان إلى تعريف آخر للموهوبين ذوي صعوبات التعلم والذي ينص بأنهم الطلبة الذين تكون لديهم موهبة واضحة وبارزة في مجال واحد أو أكثر من المجالات المتعددة للموهبة، ومع ذلك فإنهم يعانون في الوقت ذاته من إحدى صعوبات التعلم يكون لها مردود سلبي عليهم، حيث تؤدي إلى تعثرهم في التحصيل المدرسي (عبدالله، 2003).

الموهوبون ذوو صعوبات التعلم Gifted With Learning Disability:

بالرغم من قدرات المتفوقين عقلياً العالية وتميزهم في جوانب متعددة، إلا أنهم يواجهون عدداً من المشكلات التي تحد من توفير الخدمات التربوية المناسبة لهم، فبالإضافة إلى التنكر لحاجاتهم الخاصة، فإنهم قد يكونون غير محبوبين من قبل الكثير من المعلمين على عكس الاعتقاد السائد، كما أنهم يتعرضون إلى الانتقاد والعزلة الاجتماعية من قبل أقرانهم، وكذلك فإن هناك الكثير من الناس الذين لا يتحملون الأطفال الأذكياء (سليمان، وحمد، 2001).

وتلعب الأسرة دوراً مهماً في حياة المتفوق عقلياً وتشكيل شخصيته، فالكثير من مظاهر التوافق أو عدم التوافق التي تظهر في سلوك الأفراد، فتحقق نجاحهم أو فشلهم في الحياة يمكن إسنادها بالدرجة الأولى إلى أنواع العلاقات الأسرية التي تسود بين

أفراد الأسرة، فالجو العام داخل الأسرة ونوع العلاقات القائمة بين أفرادها لها دور فعال في قدرة المتفوق على التوافق والتكيف مع المواقف المختلفة التي يواجهها في حياته سواء داخل الأسرة أم خارجها (السمادوني، 1990).

ويذكر العمر وأبو علام (1985) أن الفرد المتفوق عقلياً يحتاج لأن يعيش في بيئة صالحة تثير القدرات الكامنة لديه والتي تسهم في نمو تلك القدرات، وذلك حتى نتحاشى أن يكون لهذه القدرات دورٌ سلبي على هذا الابن، فليس كل النزلاء في دور رعاية الأحداث أو السجون من منخفضي الذكاء، فالبعض من الجانحين كانوا على مستوى عال من التفوق الدراسي والعقلي، لكنهم أصبحوا كذلك نتيجة للظروف البيئية التي انحرفت بهم عن الطريق السوي.

هذا ويشير الأدب السيكولوجي والدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال أن هناك ثلاثة أنماط من الموهوبين ذوي صعوبات التعلم (عبد الله، 2003 الزيات، 2002؛ Baum, 1990):

أ. الموهوبون الذين لديهم صعوبات تعلم بسيطة:

تمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- بأنهم موهوبون حيث إنهم يمتلكون قدرات عقلية مرتفعة وبشكل واضح.
- يمتلكون قدرات خاصة تلفت نظر الآباء والمعلمين.
- التحصيل الأكاديمي المرتفع وخصوصاً في المرحلة الأساسية.
- يشاركون في البرامج المخصصة للموهوبين كالتسريع والإثراء.

ب. الطلاب ذوو صعوبات التعلم ولكنهم موهوبون أيضاً:

حيث تمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- ظهور صعوبات تعلم الحادة لديهم.
- سهولة تصنيفهم على أنهم يعانون من صعوبات التعلم.
- اختفاء قدراتهم العقلية الفائقة نتيجة طغيان مظاهر الصعوبات التعلمية عليهم، فقد يؤدي التركيز على نواحي الضعف التي يعانون منها دون إدراك لنواحي قوتهم إلى عدم الاهتمام بهذه القدرات والمواهب حتى يتسنى تطويرها، مما يؤدي بالتالي إلى رسوبهم المتكرر في الدراسة، ونادراً ما يتم تصنيفهم أو يتم التعرف عليهم باعتبارهم موهوبين.

ج. الموهوبون ذوو صعوبات التعلم الذين لم يتم التعرف عليهم:

وتمتاز هذه الفئة من الطلاب بالخصائص التالية:

- صعوبة تشخيصهم لا باعتبارهم موهوبين ولا على أنهم يعانون من صعوبات التعلم.
- غالباً ما يستخدمون ذكاءهم ومواهبهم في محاولة إخفاء صعوبات التعلم لديهم.
- التحصيل الأكاديمي متوسط أو فوق المتوسط.
- صعوبة إحالتهم للتقييم التربوي، نتيجة التناقض بين أدائهم على اختبارات الذكاء وأدائهم الأكاديمي يكون غير ملحوظ، حيث إنهم يؤدون في مستوى الصف في معظم المهام الأكاديمية، ولكن لديهم صعوبات خفية تحول دون التوصل إلى مدى الأداء الفائق لديهم.
- تلقي خدمات التعليم العام في الفصول العادية.
- عدم استفادتهم من الخدمات الخاصة التي يتم تقديمها للطلاب الموهوبين أو ذوي صعوبات التعلم.

هذا وتشير نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت قضية التحديد والتعرف على الموهوبين ذوي صعوبات التعلم بأن هناك ما يميز هذه الفئة عن الموهوبين، ممن ليسوا من ذوي صعوبات التعلم، ومن هذه المميزات:

- انخفاض الأداء اللفظي بوجه عام.
- انخفاض سعة الأرقام (Digit Span).
- انخفاض القدرة المكانية (Spatial Ability).
- ظهور جملة أعراض اضطرابات عضوية مخية (Organic Brain Syndrome).
- ظهور اضطرابات تؤدي إلى انخفاض مستوى أداء الذاكرة السمعية (Auditory Memory).
- ضعف التمييز السمعي، أو تمييز أصوات الكلمات والحروف (Auditory Discrimination).
- ضعف القدرة على الاسترجاع الحر للمعلومات اللفظية (Walberg. 1982).

يعتقد معظم التربويين أن التعرّف إلى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم هو أمر بالغ الصعوبة، حيث إن المشكلة الرئيسة تكمن في أن مواهب أولئك الأفراد عادةً تبقى غير ملحوظة للمعلمين وأحياناً لأولياء الأمور.

وقد بين آيزين بيرغ وإيب شتاين (Eisenberg and Epstein 1981) أن ثمّة مشكلة أخرى هي أن صعوبات التعلم تحجب ظهور المواهب والقدرات الخاصة لدى هؤلاء الأفراد، مما ينجم عنه إحداث بطء في النمو وانخفاض غير حقيقي في معدل الذكاء.

وتشير العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت على الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم إلى أنهم يشكلون فئة ذات خصائص تميزها عن غيرها من فئات التربية الخاصة، وهي تتمثل في شقيها: الإيجابي والسلبي، كما يصفها (Maker & Udall. 1983) ويمكن إيجازها بما يأتي:

خصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

أ. الخصائص الإيجابية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

- ماهرون في التفكير المجرد.
- يجيدون مهارات حل المشكلات.
- متفوقون في القدرة على التفكير الحسابي.
- يدركون العلاقات بين الأشياء بسهولة.
- مبدعون بدرجة عالية.
- يجيدون مهارات الاتصال.
- متحفزون وفعالون.
- لديهم حب استطلاع مرتفع.
- لديهم اهتمامات واسعة.
- يعتمدون على أنفسهم.
- لديهم روح الفكاهة والدعابة.
- لديهم ميول متنوعة (فنية، وميكانيكية، وموسيقية).
- يتقنون استخدام المقارنة، والاستعارة، والهجاء.

ب. الخصائص السلبية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

- لديهم ميول عدوانية.
- مهملون، ولا يلتزمون بإحضار واجباتهم بموعدها المحدد، وإن أحضروها فهي غير مكتملة، ولا يحافظون على ممتلكاتهم.
- من السهل أن يصابوا بالإحباط.
- يعانون من مشكلات التعلم، خاصةً في اللغة، والذاكرة، والتنظيم.
- يعانون من الضعف التام في الإملاء المعتمد على السمع.
- يعانون من سوء الخط.
- كثيراً ما يحدث الفوضى، ويتسبب بالتخريب.
- لديهم أحلام يقظة.
- ينشغلون بأنشطة عابثة بدلاً من الإصغاء للمعلم.
- يبدون شكوى من آلام الرأس والمعدة.
- لديهم صعوبة في التذكر، وسلوكهم يسبق تفكيرهم (مندفعون).
- يؤدون بشكل ضعيف على الاختبارات الموثوقة.
- يعانون من بعض المشكلات الحسابية البسيطة.
- يخفقون في الاستجابة للتعليمات الشفوية.

حقائق عن البرامج التربوية المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

بالاطلاع على الأدب النظري الذي كتب بهذا المجال وبالرجوع إلى مجموعة من الدراسات التربوية ومن خبرة المؤلفين تم التوصل إلى الحقائق التالية:

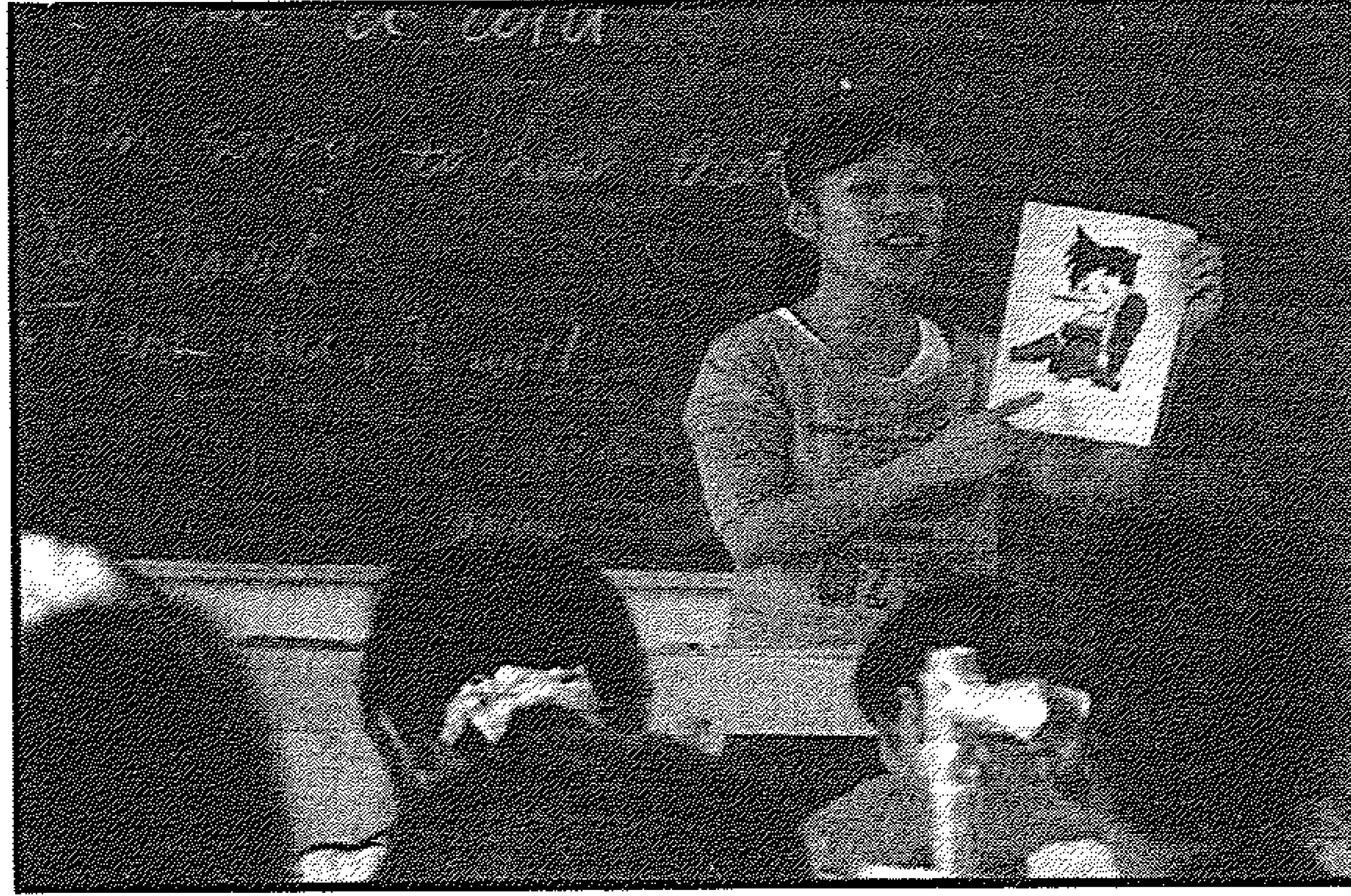
- إن الأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلّم من السهل التعرف عليهم من خلال إعاقاتهم، وليس بسبب موهبتهم.
- ندرة البرامج المقدمة لهذه الفئة من الطلبة.
- عدم قدرة المدارس على استيعاب الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- ضعف الخدمات التربوية الخاصة المقدمة للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، بسبب الرفض الاجتماعي الشديد مما يسهم في تدنّي مفهوم الذات لديهم.

- إن التعرّف والكشف عن الموهوبين ذوي صعوبات التعلم مهمة صعبة، وقد لا يكون سهلاً على المعلمين أو أولياء الأمور اكتشافهم لأنهم عُموماً ـ غير مرئيين ـ، وأيضاً فإن الصعوبة تحجب ظهور التفوّق والموهبة.
- إن برامج المتفوّقين للأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية يمكن أن تتضمّن التسريع أو الإثراء التعلّمي أو كليهما، ونظام المجموعات، والإرشاد كوحدات مُترابطة وبرامج إضافية أخرى.
- إن استخدام التكنولوجيا وخصوصاً الحاسوب في مجال تعليم هذه الفئة، يمكن أن يتم باستخدام يساهم في رفع قدراتهم التحصيلية وتطوير وتنمية مفهوم الذات لديهم.
- إن استخدام استراتيجيات تدريسية محددة كتدريس الأقران والتعليم التعاوني والتعليم التبادلي والتعليم المصغر يساهم في تقدير مواهب الطلبة ورفع طاقاتهم، وقدراتهم التحصيلية والإنجازية المتميّزة، وتحسين الاتجاهات نحوهم.
- إن فهم السمات السلوكية وفهم خصائصهم يمثل عاملاً مُساعداً للمعلمين في تشجيع الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وحفزهم ليصبحوا أكثر نجاحاً، من تلقاء أنفسهم.
- إن نظام الإرشاد والنصح الإشرافي لهؤلاء الطلبة يشجعهم على التفاعل الاجتماعي وتحسين مهارات التواصل مع المحيطين
- بالرغم من ضرورة المناهج ـ الفردية ـ للموهوبين ذوي الصعوبات فإن التعلم الاستقلالي ـ وفي مجموعات صغيرة ـ أيضاً هو من الأساليب المفيدة والضرورية.
- يجب التركيز على مهارات التفكير المجرّد.
- إن مشاركة أولياء الأمور في برنامج التعليم للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم تعدّ عنصراً حيوياً مفيداً في برنامج تعليمهم.
- إن استخدام استراتيجية حل المشكلات واستعمال التقييم الذاتي يساهم في حل المشكلات التحصيلية والنفسية والاجتماعية والتربوية الخاصة بهم.

الأساليب التربوية والعلاجية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

من العوامل التي تحد بل وتعيق نمو قدرات الطفل هي لهفة الوالدين على مسألة التعليم الأمر الذي يجعلهم لا يشجعون إلا أساليب التحصيل التقليدي المبني على التلقين والقائم على الحفظ، ويقللان من شأن قدرات الابتكار والمواهب والإبداع الخاصة التي تتجلّى في الأنشطة غير المدرسية، وينبغي أن يعوا بأن كثيراً من الموهوبين لم يحملوا شهادات أكاديمية، وبرزوا بمواهبهم بعد أن نبذوا من المحيطين بهم، فالأطفال ينابيع متباينة ، كل ينبوع له دوره، لذا تجب رعايتهم والاهتمام بهم وإعطاؤهم قدرهم وفق إمكاناتهم واستعداداتهم وميولهم.

إستراتيجيات التفاعل الصفي:



توجد استراتيجيات للتفاعل الصفي تلعب دوراً فاعلاً في التواصل والشعور الإيجابي بين المجموعات المختلفة للطلاب، ولكن هذه الاستراتيجيات لا يمكن أن يكتب لها النجاح إلا من خلال تخطيط منظم يقوم به فريق متعدد التخصصات وبمشاركة أولياء الأمور والطلبة أنفسهم في مراحل متقدمة من سنواتهم الدراسية، وهذا يقود إلى النجاح في تحسين العلاقة والاتجاهات بين الأقران مما يسهم في تحقيق مستوى مرتفع من الدافعية للتعلم والدافعية للإنجاز وهذا بدوره ينمي مفهوم ذات إيجابي لدى هذه الفئة من الطلبة.

كما تلعب استراتيجية تدريس الأقران دوراً إيجابياً وفاعلاً في التفاعل الصفي حيث أثبتت العديد من الدراسات فاعلية هذا النوع من التدريس في تنمية الروح الودّية بين الطلبة من بيئات وخلفيات مختلفة، كما كان لأسلوب الدمج سواء الاجتماعي أو

الأكاديمي دور فاعل أيضاً في التفاعل الصفي والاجتماعي فعلى سبيل المثال أتيحت الفرصة للطلبة الموهوبين لكي يتجوّلوا ويقوموا بزيارات لطلبة موهوبين ذوي إعاقات متعددة أو طلبة موهوبين ذوي صعوبات تعلّمية، ويمكن للموهوبين ذوي صعوبات التعلم زيارة أطفال أصغر منهم سناً.

وقد أكد كل من غارتنر وكوهلر ورايزمان (Gartner, Kohler & Reissman .1971) فاعلية أسلوبي تدريس الأقران والدمج الاجتماعي والأكاديمي في مساعدة هذه الفئة من الطلبة بما يلي:

- رفع مفهوم الذات لدى هذه الفئة من الطلبة.
- ساهم في رفع تحصيلهم الأكاديمي.
- زاد من تقبل الآخرين من ذوي الحاجات الخاصة المختلفة.

وقد وجدت كولمان (Coleman 1992) أن الموهوبين ذوي صعوبات التعلم هُم أكثر تركيزاً في استعمال استراتيجيات حل المشكلات بالمقارنة مع العاديين من ذوي صعوبات التعلم، كما أوصت كولمان أن التعليم المباشر لاستراتيجيات التكيّف هو إجراء مُساعد لجميع الطلاب ذوي الصعوبات التعلمية.

بينما بينت مونتاغ (Montague 1991) أن هناك فروقات واسعة بين الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم والطلبة الموهوبين في حلول المشكلات لصالح الطلبة الموهوبين، وقد ركّزت مونتاغ على ضرورة تعليم المهارات الرياضية بشكل فعّال للطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم وتحديداً مهارات حل المشكلات.

ذكر ويز (Wees 1993) أن هناك العديد من البرامج التي تساهم في تحسين أداء الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم شريطة أن تركز على:

- المهارات الحركية اليدوية العامة والدقيقة.
- التنوع في أساليب التعليم.
- النشاطات الإثرائية، مثل النشاطات الاستعراضية.
- معالجة نقاط الضعف في المنهاج الرسمي.
- تحسين العادات الدراسية وتنظيم الذات.
- دمج أولئك الطلبة مع العاديين أو في برامج خاصة بالصعوبات التعلميّة.

الموهوبون ذوو صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة والتقييم الذاتي:

وجد غيربر وغيتربيرغ وريف (Gerber, Ginsburg, and Reiff, 1991) أن التقييم الذاتي لمرحلة ما قبل المدرسة كان فعّالاً مع الصعوبات التعلميّة، ومع مدرستين لأطفال في عمر المرحلة المدرسية وأن الجمع بين التقييم الذاتي وتعليم الطلاب استراتيجيات حل المشكلات يبدو مناسباً للطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، وأن دراسات الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من الكبار أو الموهوبين ذوي صعوبات التعلم من الصغار قد برهنت على نجاحها وتحديداً في مهارة حلول المشكلات.

التعلم بالخبرة:

إن تمتع الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم بدرجات ذكاء مرتفعة قد ساهم في الاستفادة من قدرتهم على التعلم من خلال الخبرة ونقل أثر التعلم. ولنجاح تعلم هؤلاء الطلبة من خلال الخبرة ونقل أثر التعلم لا بد من مراعاة الأمور التالية حسبما ذكرها (غيربَر وزملاؤه ، 1991):

1. أن تكون أهدافهم واضحة ومحددة لكي يصبحوا قادرين على تبرير وفهم صعوباتهم وخبراتهم وتفسيرها ليتعايشوا معها.
2. فهم السمات والخصائص السلوكيّة التي تجعل تَعلّم الطلبة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم سهلاً ويسيراً.
3. لا بد من وجود نماذج يقتدون بها.
4. لا بد أن يمتلكوا خصائص المثابرة وحب التعلم.
5. لا بد أن يمتلكوا خصائص المبدعين.
6. لا بد أن يمتلكوا نظم التدعيم الشخصي والثقة بالذات .
7. امتلاك روح التحدي لمواجهة الصعوبة التعليمة وبذلك يجدون الصعوبات حافزاً وتشجيعاً لهم رغم إعاقاتهم.

وفي هذا الصدد ذكر كل من هيثرينغتون وفرانكي وميوسّين وروثرفورد (Hetherington, Frankie 1967; Mussen, and Rutherford.1963) ، أنه وبالرغم من أن الملاحظة والرقابة والإشراف الإرشادي كان فعّالاً لمعظم الطلبة والأطفال الموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية وأن تلك التفاعلات بين الأقران لا تعطي استراتيجيات تعلمية جيّدة فقط لأولئك الطلاب فحسب، بل إن الأطفال يمكنهم إثبات ذواتهم من خلال الاندماج

مع الكبار الذين يكونون أمامهم ـ قُدوةً ونموذجاً ـ لأن بين الطرفين قواسم مُشتركة وتشابهاً في الصعوبات.

تشجيع التعلم الذاتي:

إن التعلم باستخدام البرنامج التربوي الفردي هو السّمة الضرورية للبرامج التربوية والتعليمية للموهوبين ذوي الصعوبات التعلمية، حيث يُلاحظ أن هؤلاء الطلبة أحياناً يُصبحون كثيري الاعتماد على الآخرين إلى حدود الاتكاليّة وعلى التغذية الراجعة المدعّمة لتعلّمهم، مما يساهم في خفض مستوى الدافعية والإنجاز والتحصيل لديهم.

وبناءً على ذلك فإن المطلوب تجاه الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم تشجيعهم وتطوير حافز داخلي فيهم لتحقيق التعلم والنجاح كمكافأة لهم، وتطوير قدرتهم على التعلم الذاتي بالإضافة إلى تدريبهم على الاستقلالية، لذلك على المعلمين خلق فرص نجاح لهؤلاء الطلبة ومساعدتهم على اكتساب خبرات تعلّمية نابعة من مُبادرات شخصية ذاتية، ونشاطات تعاونية في إطار مجموعات صغيرة للطلاب يلعبون فيها أدوار القادة ومشاركين مُتساوين كغيرهم.

ولاختيار أساليب للتعويض عن الصعوبة عند الموهوبين ذوي الصعوبات التعليمة فإنه لا بد من توجيه الانتباه إلى مبدأ الاستقلالية باعتباره عنصراً رئيساً ومهماً. ومثال ذلك: أن الطالب الذي يعاني من صعوبة في الكتابة يستطيع القيام بما يلي:

1. إخبار المعلم قصةً من القصص: فهذا الحل يُنمّي عند الطفل نوعاً من الاعتماد والاتكالية.
2. إملاء القصّة على جهازٍ للتسجيل: هذا الحل يُنمي عند الطفل نوعاً من الاستقلالية.
3. تأليف القصة بواسطة جهاز حاسوب: هذا الحل يُنمي عند الطفل نوعاً من الاستقلالية.

إن الاعتمادية الاتكالية على الآخرين قد تساعد في أوقات محدودة، ولكن كثرة الاتكالية على الغير قد تقود إلى مزيد من الصعوبة عند ذوي صعوبات التعلم من الموهوبين. أما الاستقلالية والمبادرة الذاتية والتعلم كجزء من عمل الصف الدراسي هي إجراءات مهمة لأنواع الأطفال كافةً، وخاصةً للموهوبين الذين سيواجهون بتحديات

جامعيّة أو مجالات مُهنيّة مُعقّدة، ويجب أن نكون ابتكاريين ومُبادرين لإشاعة التعلّم المُستقل عند الموهوبين ذوي صعوبات التعلم كما نتعامل مع الطلبة الموهوبين.

تعلم مهارات التفكير المجرّد:

يجب التركيز في تعليم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم على الانتقال من مهارات التفكير الحسي لمهارات التفكير المجرد، ويكون ذلك من خلال برامج وأساليب تركز على تطوير مهاراتهم في جوانب مُحددّة مثل: الإبداع، وحلول المشكلات، والتفكير النقدي، والتصنيف، والتعميم، والتحليل، والتركيب، والتقييم. وعلى الرغم من أن تشجيع تطوير المهارات إجراء عام ولكنه أكثر خصوصيّة حين يكون ذا أهمية مزدوجة في برامج الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.

تعريض الطلبة لبرامج إثرائية:

أوصى باوم (1984) ضرورة تطبيق النموذج الثلاثي عند ـ رينزولّي ـ مع الطلاب الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، حيث إن سلوكهم المتفوّق أصبح ظاهراً خارج الصفوف المدرسية، وأصبح غائباً تماماً داخل صفوف الدراسة، ولذلك فقد ركّز باوم على النشاطات الإثرائيّة التي خُطّطت لتنمية نقاط القوّة والاهتمامات (Baum, 1988).

الأسرة وتحصيل أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

إن العلاقات الأسرية تتأثر تأثراً بالغاً في حالات كثيرة بالصعوبة التعلمية التي يعاني منها الطفل من جهة والموهبة من جهة أخرى، فمن الطبيعي أن يتطلب موقف الطفل وقتاً من الوالدين أطول مما يتطلبه إخوته العاديون، كما يتعين من الوالدين استخدام استراتيجية خاصة في التعامل معه، وقد تستجر المعاملة غير المتساوية من الوالدين نحو الأبناء نوعاً من الحقد والغيرة من جانب الإخوة العاديين، مما يخلق توترا في العلاقات بينهم، وقد يذهب الأمر إلى أن يتعلم الطفل ذي الصعوبة التعليمية مضايقة إخوته من خلال تخريب إنجازاتهم والتقليل من شأنها.

وثمة مظهر آخر يتأثر بحاجات الطفل الموهوب ذي الصعوبة التعليمية وهو روتين الحياة المنزلية، فالضرورة تقتضي على الوالدين تكريس وقت إضافي لمساعدة الطفل في حل واجباته المنزلية، أو لاصطحابه إلى معلم خاص أو إلى جلسة إرشادية وعندما

تضاف هذه النشاطات إلى برنامج الأسرة المكتظ سيجد الوالدان أن لا وقت لأحدهما ليكرسه للآخر أو لأحد من أعضاء الأسرة، يضاف إلى ذلك العبء المالي الذي تتحمله ميزانية الأسرة والتي تصرف على المدارس الخاصة والتقييم وغير ذلك مما يؤدي إلى إلغاء الميزانية المخصصة للترفيه والوسائل الترويحية، وانقطاع العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والأصدقاء أو الحد منها.

إن المشاكل السلوكية التي تعكسها الصعوبة التعليمية على الطفل الموهوب يلاحظها الطفل نفسه فتنعكس على مفهومه لذاته وتعيش معه، حتى أن الشباب من ذوي الصعوبات لا يكونون سعداء باتصالاتهم مع ذويهم كما هو الحال مع غيرهم من الأسوياء.

تكيّف الأسرة مع صعوبات التعلم لدى أبنائهم الموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

يؤكد (Brush. 1991) أنه لا يوجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل يعاني من صعوبات تعليمية، فالوالدان عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفالاً طبيعيين مثل المدارس، المعلمين، المربيات، والأصدقاء، فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالاً يعانون من صعوبات تعليمية .

حدد (Trumbull.et.al.1994) أربعة عوامل توضح كيف أن الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية يؤثرون على أسرهم:

1. خصائص هذه الصعوبات (طبيعتها، شدتها، متطلباتها) والتي تعمل على تشكيل ردود فعل الأهل تجاه هذا الطفل، فقد وجد أن المشاكل الأسرية تزداد بازدياد أعمار الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية .
2. خصائص الأسرة تؤثر على ردود الأفعال مثلاً (حجم الأسرة، الخلفية الثقافية، المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة).
3. الخصائص الشخصية لأفراد الأسرة (الصحة العامة، طريقة التعامل مع المشاكل).
4. التحديات الخاصة بالأسرة، مثل الفقر.

ومن الجدير ذكره بأنه يجب التنويه أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوعية ردود الأفعال وحدتها واستمراريتها وعملية تكييف الأسرة تتضمن النقاط التالية:

1. الوعي بالمشكلة.
2. إدراك المشكلة.
3. البحث عن الرعاية والعلاج.
4. تقبل الطفل ذي الصعوبة التعليمية.

وفي هذا الصدد يرى المؤلفان أن هناك نقاطاً مهمة يجب على الوالدين الاهتمام بها:

- تعلم أكثر عن الموهبة وخصائص الموهوبين ذوي صعوبات التعلم.
- تعلم أكثر عن صعوبات التعلم أكثر مما تعرفه بحيث تستطيع مساعدة نفسك ومساعدة طفلك.
- شجع الاستقلالية عند الطفل.
- علم الطفل أداء المهارات بخطوات متسلسلة، وقدم له تغذية راجعة، وعزز الطفل عندما يؤدي المهمة بنجاح.
- تعرف على المهارات التي تعلمها الطفل في المدرسة، ثم هيئ الفرص ليطبق الطفل تلك المهارات في المنزل.
- ابحث عن مصادر النشاطات الاجتماعية مثل المخيمات الكشفية، ومراكز الاستجمام، والأندية الرياضية، ليشارك الطفل بها والتالي تشجيع مهاراته الاجتماعية.
- تحدث مع آباء أطفال ذوي صعوبات التعلم حيث يقدمون الدعم لك.
- حافظ على الاتصال بالمعلمين والمدرسة، وتعرف على كيفية تدعيم تعلم الطفل في المدرسة وفي البيت.
- ساهم بفاعلية في إعداد الخطة التربوية لطفلك.
- ضع قائمة بقدرات الطفل واعمل على تنميتها وتشجيعها وكن منتبهاً لأي شيء حسن يفعله فاكتشاف موهبة لدى الطفل أو ميول يمكن أن تمنحه فرصة جيدة للنجاح، ولا تنس أن الأمر الذي يحسن القيام به مهما صغر يمكن أن يهب الشعور بالإنجاز والتحصيل.

- تذكر أنك تتعامل مع الطفل ككل ولا تتعامل مع الصعوبة فقط، لا تشعر بالذنب فالأمر ليس مسألة خطأ ارتكب أو لوم يلقى على أحد، تقبل الطفل كما هو وامنحه الحب، فهو بحاجة لأن يتعلم أنك تحترمه وأنه مهم في الأسرة وعضو مسؤول فيها .
- اطلب طلباً واحداً في كل مرة ثم الزم الهدوء، إذا لاحظت إن الطفل يرتبك عندما يكلف بأكثر من طلب، دعه ينظر إلى وجهك عندما تتكلم واجعله يكرر ما طلبته منه، وحاول أن تجعل التعليمات والتوجيهات قصيرة وبسيطة وواضحة.
- أخبر الطفل عن مشكلاته وأخبر المدرس الجديد في كل عام بها وكذلك المعلم البديل ومعلم التربية الرياضية ومدرب السباحة.
- تعاون مع المدرسة ولاحظ ما إذا كان طفلك سعيداً.
- تنظيم الوقت وتبسيط الروتين العائلي.
- العب ألعاباً مختلفة مع طفلك فهذا يشعره بالحنان ويزيد من ثقته بنفسه .
- اشترِ الكتب التي يستطيع قراءتها ويفضل أن تسجل النصوص على شريط ليسهل عليه تتبعها.
- كن موضوعياً وصبوراً قدر الإمكان، تحدث مع طفلك بصوت هادئ وحازم.
- إذا كانت المهمة صعبة جداً بالنسبة لطفلك، انتقل إلى شيء أسهل ثم عد إلى الأولى مع مراعاة تبسيطها حتى يستطيع أن ينجح فيها.
- إذا كان طفلك قادراً بمهمة ما، تابعه بصبر حتى يتمها.
- كن مباشراً وإيجابياً في الحديث مع طفلك وتجنب النقد ولا تركز على الفشل.
- اقرأ باستمرار عن صعوبات التعلم وتعرف على أُسس التدريب والتعامل المتبعة للوقوف على الأسلوب الأمثل لفهم المشكلة.
- تعرّف على نقاط القوة والضعف لدى الطفل بالتشخيص من خلال الأخصائيين أو معلم صعوبات التعلم ولا تخجل من أن تسأل عن أية مصطلحات أو أسماء لا تعرفها.

- جد علاقة قوية بينهما وبين معلم الطفل أو أي أخصائي له علاقة به.
- اتصل دائماً بالمدرسة لمعرفة مستوى الطفل، حيث إن الوالدين لهما تأثير مهم على تقدم الطفل من خلال القدرة والتنظيم فمثلاً:
  - لا تعط الطفل العديد من الأعمال في وقت واحد أعطه وقتاً كافياً لإنهاء العمل ولا تتوقع منه الكمال.
  - وضّح له طريقة القيام بالعمل بأن تقوم به أمامه واشرح له ما تريد منه وكرر العمل عدة مرات قبل أن تطلب منه القيام به.
  - ضع قوانين وأنظمة في البيت بأن كل شيء يجب أن يُرد إلى مكانه بعد استخدامه وعلى جميع أفراد الأسرة اتباع تلك القوانين حيث إن الطفل يتعلم من القدوة.
  - تنبّه لعمر الطفل عندما تطلُب منه مهمة معينة حتى تكون مناسبة لقدراته.
  - احرم طفلك من الأشياء التي لم يعدها إلى مكانها مدة معينة إذا لم يلتزم بإعادتها أو لا تشتر له شيئاً جديداً أو دعه يدفع قيمة ما أضاعه.
  - كافئه إذا أعاد ما استخدمه وإذا انتهى من العمل المطلوب منه.
  - لا تقارن الطفل بإخوانه أو أصدقائه خاصة أمامهم.
  - دعه يقرأ بصوت مرتفع كل يوم لتصحّح له أخطاءه.

وأخيراً فإن الدراسات والأبحاث المختلفة قد أوضحت أن العديد من ذوي صعوبات التعلم الذين حصلوا على تعليم أكاديمي فقط خلال حياتهم المدرسية وتخرجوا في المرحلة الثانوية لن يكونوا مؤهلين بشكل كاف لدخول الجامعة ولا دخول المدارس التأهيلية المختلفة أو التفاعل مع الحياة العملية، ولهذا يجب التخطيط مسبقاً لعملية الانتقال التي سوف يتعرض لها ذوو صعوبات التعلم عند الخروج من الحياة المدرسية إلى العالم الخارجي.

وكذلك فإن الخيارات المتعددة لتوجيه الطالب واتخاذ القرار الذي يساعده على التحاقه بالجامعة أو حصوله على عمل وانخراطه في الحياة العملية أو توجيهه نحو التعليم المهني، وعند اتخاذ مثل هذا القرار يجب أن يوضع في الاعتبار ميول الطالب ليكون مشاركاً في قرار كهذا.

دور الوالـدين في البرنـامج العلاجـي الخـاص بطفلـهم الموهـوب ذي الـصعوبة التعلمية :

هنـاك دور مهـم للوالـدين في نجـاح البرنـامج العـلاجـي الموضـوع لطفلـهم مـن قبـل الأخصائيين، وتحديداً على الوالدين القيام بما يلي:

1. فهم أبعاد البرامج العلاجية الخاصة بطفلهم.
2. متابعة تنفيذ البرنامج مع طفلهم.
3. تنفيذ الأجزاء الخاصة بهم في البرنامج العلاجي.
4. ملاحظة انعكاسات البرنامج في سلوك أطفالهم.
5. تدريب الأهل على بعض المهارات التي يمكن أن تتم تنميتها عند طفلهم من خلال التدريب المباشر أو من خلال اللعب.

إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم الموهوب ذي صعوبات التعلم :

عزيزي القارئ، فيما يلي عدة طرق نضعها بين يدي والدي الطفل الموهوب ذي صعوبات التعلم لمساعدة طفلهم للتغلب على مشكلته، وهذه الطرق هي:

1. ينبغي تخصيص أوقات محددة من النهار ليعمل فيها الوالد/ الوالدة مع الطالب صاحب المشكلة.
2. يجب أن تكون فترات العمل قصيرة ـ في البداية ـ ومن ثم يمكن تمديدها تدريجياً، ومن المفيد أن ينتهي العمل مع الطالب حين يبلغ ذروة شعوره بالنجاح، مع الحرص على عدم دفعه إلى حافة الشعور بالإخفاق.
3. ينبغي تحلّي الوالد/ الوالدة بالصبر والموضوعية (بعيداً عن العواطف) قدر المستطاع ولتكن نغمة صوتيهما هادئة وحازمة عند الكلام مع الطالب.
4. ينبغي الحرص على أن تكون التوجيهات والأوامر قصيرة وبسيطة، بحيث يستوعبها الطالب بسهولة.
5. إذا شكا الطالب من صعوبة في أداء أحد التدريبات أو الأعمال ينبغي الانتقال به إلى تدريب أسهل، ثم يعاد إلى التدريب السابق (بعد تعديله) حتى يشعر بقدرته على النجاح في ذلك العمل.

6. ينبغي معرفة قدرات الطالب، وكذلك جوانب ضعفه، معرفة تامة، ولا يجوز الاستمرار في مطالبته بمهمات (أو تدريبات) سهلة جداً بل لا بد من التحديات لإثارة اهتمامه.
7. لا بد من الثناء على الطالب حين يوفّق في أداء عمل ما (مهما بدا بسيطاً)، كما لا يجوز التركيز على مظاهر الإخفاق.
8. يجب على الوالد/ الوالدة أن يتشارك بانبساط مع الطالب حتى يشعر بالمتعة في أثناء التدريب والعمل معه.
9. يستحسن اتباع الأسلوب التشجيعي فيقال له مثلاً: ((يمكنك أن تتعلم ولو أن ذلك قد يبدو بطيئاً في البداية، ولكن اطمئن فأنا معك في هذا الأمر إلى أن تتعلمه وتتقنه)).

البرامج التربوية للموهوبين ذوي صعوبات التعلم:

توجد برامج تربوية خاصة يحتاج إليها الطلبة الموهوبون والمتفوقون، ويرى المؤلفان أن فئة الموهوبين ذوي صعوبات التعلم يمكن لها أن تستفيد من هذه البرامج إذا كانت موهبتهم تخفي جوانب الصعوبة لديهم، وذلك للوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو بالمقدار التي تسمح به طاقاتهم وقدراتهم.

وقد أشارت العديد من المراجع والدراسات إلى مبررات وجود مثل هذه البرامج الخاصة نوجزها بما يلي:

أ. الإثراء (Enrichment):

تعريف الإثراء: هو تزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين ذوي الصعوبة التعليمية بخبرات متنوعة ومتعمقة في موضوعات أو نشاطات تفوق ما يعطى في المناهج المدرسية العادية. إنه يتضمن إدخال تعديلات أو إضافات على المناهج المقررة للطلبة العاديين. والتعديلات يمكن أن تكون مواد دراسية لا تعطى للطلبة العاديين أو بزيادة صعوبة المواد الدراسية التقليدية دون أن يترتب على ذلك اختصار للمدة الزمنية اللازمة عادة للانتهاء من مرحلة دراسية. ولكي يكون الإثراء فعالاً لا بد أن يتوافق مع ميول الطلبة

واهتماماتهم وأساليب التعلم المفضلة لديهم، بالإضافة إلى الإمكانات المادية للمدرسة ومصادر المجتمع المتاحة (زحلوق، 2000).

إن محتوى النشاطات والمشاريع المختلفة التي يمارسها الطلبة الموهوبون والمتفوقون في برامج الإثراء يجب أن يكون لها أهداف وتوجهات تظهر على شكل مخرجات تعليمية مفيدة وأن خيار الطالب للنشاط يجب أن لا يتعارض مع مبدأ الوصول إلى نواتج مقبولة لتلك النشاطات.

هذا ويعد برنامج الإثراء الأكثر قبولاً بين المجتمعات لقلة التكلفة ولسهولة التطبيق ولأنه يحسّن نوعية التعليم بشكل شامل (السرور، 2003).

أنواع الإثراء:

هناك نوعان رئيسان من الإثراء هما:

أ. الإثراء العمودي: ويسمى الإثراء إثراء عمودياً إذا كانت الخبرات في مجال واحد من الموضوعات المدرسية.

ب. الإثراء الأفقي: يسمى الإثراء إثراء أفقياً إذا كانت الخبرات في عددٍ من الموضوعات المدرسية.

ب. الإسراع (Acceleration):

فالإسراع يعني: إتاحة الفرصة للطالب القادر على إتمام المناهج المدرسية المقررة في مدةٍ أقصر أو عمر أصغر من المعتاد بحيث يتضمن تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق ذي الصعوبة التعليمية بخبرات تعليمية تعطى عادةً للأطفال الأكبر منه سناً.

ومن الجدير ذكره أن برامج الإسراع هي من أقدم الممارسات التربوية مع الطلبة الموهوبين والمتفوقين وقد سبقت برامج الإثراء بفترة ليست بسيطة.

للمدرسة دور في تقديم الخدمات والإرشادات اللازمة للطالب المسرع تتمثل بما يلي:

- تقديم تهيئة نفسية للطالب.
- معاملة الطالب بشكل طبيعي .
- تقديم التسهيلات الأكاديمية للطلبة المسرعين .
- إشراك الطالب في الأنشطة اللامنهجية كأي طالب آخر.

- تقديم التسهيلات الممكنة من أمين المكتبة وقيم المختبر، واستغلاله لكافة مرافق المدرسة حسب الحاجة.
- توعية المعلمين بخصائص الطالب الموهوب وحاجاته وقدراته وطرق استثارة هذه القدرات وتنميتها.

دور الأسرة في برنامج التسريع الأكاديمي:

- الاتصال المستمر والتنسيق الكامل مع المدرسة في مختلف الأمور المتعلقة بالطالب.
- تقديم تسهيلات مناسبة للطالب مثل تكييف الأسرة بشكل مناسب ليستعد للبرنامج الدراسي المكثف .
- أن تكون توقعات الأسرة ضمن المستوى الطبيعي والواقعي للطالب.
- الوعي والتنبه للمشكلات التي يعاني منها الطالب.

وأخيراً من المهم أن تعي المدرسة والأسرة والعاملون فيها الدور الحقيقي الذي يترتب عليهم اتجاه الطالب المقرر تسريعه بما يضمن مصلحة الطالب ومصلحة العملية التعلمية والتعليمية في المدرسة وإنجاح البرنامج الذي يهدف إلى خدمة الوطن وأبنائه والرقي بالمجتمع والنهوض به ليلحق ركب التقدم العالمي (دليل الطلبة المتميزين، 2004).

ج. أساليب تجميع الموهوبين Grouping:

التجميع نظام متبع في برامج الموهوبين يُسمح فيه بتعليم الموهوبين ذوي الاستعدادات المتكافئة والميول المتقاربة، والاهتمامات الخاصة المتشابهة أو المشتركة في مجموعات متجانسة أو غير متجانسة، لتحقيق أكبر قدر ممكن من التقدم الأكاديمي في دراستهم، والنمو لمواهبهم. وتتبني هذه الاستراتيجية على أساس أن وجود الطالب الموهوب في بيئة تعليمية مع نظراء له أو أنداد يماثلونه في الاستعدادات العقلية العالية، ويشاركونه الاهتمامات والميول، بغض النظر عن عامل العمر الزمني، يولد لديهم مزيداً من الاستثارة والدافعية والتنافس (Kirk & Gallagher.1997).

بدائل التجميع:

1. *المدارس الجاذبة Magnet Schools:*

هذا النوع من المدارس ليس مخصصاً فقط للموهوبين بل أيضاً للطلبة العاديين الواعدين في مجال معين من المجالات المهنية، حيث تعرض هذه المدارس فرص تدريب

مهني في: الفنون، الرياضيات، العلوم، إدارة الأعمال، التجارة والاقتصاد، الحاسوب...إلخ. وقد تحدد المدرسة هذه كمدرسة " نموذجية " يتسابق إلى التسجيل فيها الطلبة من كافة أنحاء المدينة نظراً لما تحويه من إمكانات لا تتوافر عادة في المدارس العادية، وكذلك نوعية التدريب المهاري الذي تقدمه لطلبتها دون غيرها من المدارس. ومما يميز هذه المدارس أنها تسعى إلى إكساب الطلبة بعض الخبرات العملية أثناء سنوات الدراسة بها عن طريق خلق فرص تدريب ميدانية لهم في مجالات العمل المتوافرة في المدينة لاكتساب الخبرة من ناحية وتوفير مصدر مادي لهم من ناحية أخرى. مثل هذا الخيار مناسب جداً للطلبة ذوي الميول المهنية الواضحة لكونه يسعى إلى تلبية الحاجات الخاصة بهم.

2. *المدارس الخاصة للموهوبين* *Special Schools for the Gifted*:

يقصد بالمدارس الخاصة للموهوبين تلك المدارس التي تقبل الموهوبين دون غيرهم من الطلبة، وذلك على أساس أدائهم التحصيلي وتميزهم في مجال أو أكثر من المجالات المعرفية، كالرياضيات والعلوم مثلاً. وتعتبر هذه المدارس خياراً مناسباً جداً للمناطق التعليمية ذات الكثافة الطلابية العالية، حيث تخصص إحدى المدارس الابتدائية أو المتوسطة أو الثانوية بأكملها للطلبة الموهوبين، يقدم فيها المنهاج العادي المقرر من قبل المنطقة التعليمية بالإضافة إلى خبرات الإثراء والتسريع في المجالات المعرفية والفنية والعلمية، ومواطن تطوير الشخصية.

3. *المدارس الأهلية (الخاصة)* *Private Schools*:

تتميز بعض المدارس الأهلية بمرونة كبيرة في النظم الإدارية والفنية تسمح بعملية التسريع للطالب الواعد، كما أن هذه المدارس يكون بها إمكانات في المختبرات والمعامل والمكتبات لا تتوافر عادة في المدارس العادية، علاوة على قلة عدد الطلبة في الصف الواحد. كل ذلك يجعلها خياراً مناسباً لاستقطاب الموهوبين من كافة طبقات المجتمع.

4. *مدرسة ضمن مدرسة* *School-Within-School*:

هذا الخيار شبيه بالفصول الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، حيث تستضيف المدرسة العادية مدرسة الموهوبين الخاصة بكامل هيئتيها الإدارية والفنية لتستفيد من الإمكانات المتاحة في المبنى. وهنا يقوم أساتذة متخصصون بتعليم الموهوبين المواد

الأكاديمية، بينما يندمج الموهوبون مع أقرانهم العاديين في النشاطات اللامنهجية واللاصفية.

5. الصفوف الخاصة *Special Classes*:

لهذا النوع من التنظيم عدة أشكال بحسب الحاجة، فقد يحدد فصل من فصول الصف الدراسي لكافة الطلبة الموهوبين في ذلك المستوى أو العمر الزمني، بحيث يدرسون أساسيات ذلك الصف بالإضافة إلى إثرائهم وتنمية بعض المهارات لديهم، كمهارات التفكير الابتكاري، ومهارات اتخاذ القرار، ومهارات التفكير الناقد. وفي المرحلة الثانوية يمكن تخصيص فصل خاص لدراسة بعض المقررات الجامعية المتخصصة . كما أن هناك فصولاً تخصص للدراسة الحرة والمقررات الاختيارية يُجمع فيها الموهوبون في هيئة حلقة بحث للمناقشة والتشاور وعرض الآراء.

6. المجموعات غير المتجانسة الدائمة *Full-Time Heterogeneous Groups*:

تضم هذه المجموعات ما يلي:

أ. فصول الأعمار المتعددة. Multi-age Classrooms

ب. المجموعات العنقودية. Cluster Groups

ج. الدمج. Mainstreaming

في النوع الأول تقوم المدرسة بدمج مجموعة من صف معين مع مجموعة أخرى من صف آخر، مثلاً : مجموعة من الطلبة الموهوبين بالصف الرابع الابتدائي مع مجموعة من الطلبة الموهوبين بالصف الخامس، بحث يتفاعل الأصغر سناً مع الأكبر سناً ويستفيدون من خبراتهم عندما يدرسون سوياً بعض الخبرات الأكاديمية ذات الاهتمام المشترك أو المهارات المطلوب، كمهارات التفكير المختلفة.

أما النوع الثاني فله أيضاً أشكال مختلفة تضم:

1. وضع مجموعة من الطلبة الموهوبين في صف خاص.
2. وضع مجموعة من الموهوبين في صف الإسراع أو صفوف الشرف.
3. وضع مجموعة من الموهوبين (5 ــ10) طلاب في صف للعاديين.

أما النوع الأخير فهو معمول به بشكل طبيعي حيث يتم إبقاء الموهوبين في الصفوف العادية مع أقرانهم العاديين، ويتم إثراؤهم بخبرات مناسبة لقدراتهم وتلبي

حاجاتهم الخاصة، أو أنهم يسرعون في موضوعات معينة يدرسوها مع أقرانهم العاديين في صفوف أعلى.

7. المجموعات المؤقتة Part-Time And Temporary Grouping:

يضم هذا التنظيم ما يلي:

- برامج السحب. Pullout Programs
- برامج غرف مصادر التعلم. Resource Programs & Resource Rooms
- الفصول المؤقتة. Part-Time Special Classes
- مجموعات الميول الخاصة (الجمعيات) والنوادي. Special Interests Groups & Clubs

بالنسبة للخيار الأول فإنه شائع الاستخدام ومعمول به حتى مع غير الموهوبين، حيث يتم سحب الموهوب من الصف العادي لبعض الوقت للدراسة في صف أعلى من الذي مسجل به كنوع من الإسراع، أو ليعطى جرعات إثرائية في غرفة مصادر التعلم أو المعامل والمختبرات والورش.

أما النوع الثاني (غرف مصادر التعلم) فهو موجود في معظم المدارس ليخدم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة بشكل خاص، والطلبة العاديين بشكل عام. وهو يستخدم للموهوبين لمتابعة تقصي قضية معينة أو مشروع تحت إشراف معلم غرفة مصادر التعلم أو معلم الموهوبين بطلب من معلم الصف الذي غالباً ما يكون مشغولاً في تدريس ومتابعة الطلبة العاديين، وهو يستخدم في برامج السحب لبعض الوقت.

وبالنسبة للنوع الثالث (الفصول الخاصة لبعض الوقت)، فهو خيار لتجميع الموهوبين ذوي الميول والقدرات المتشابهة في فصل خاص لبعض الوقت خلال الأسبوع لدراسة موضوعات متقدمة أو لاكتساب مهارات لا تقدم عادة في الصف العادي.

أما النوع الأخير وهو مجموعات الميول والنوادي، فهو خيار سهل ومعمول به في المدارس، حيث تنظم الجمعيات الأسبوعية في ميول معينة كجمعية اللغة الإنجليزية، وجمعية الرياضيات، ... إلخ، لممارسة نشاطات إثرائية . وقد تتطور هذه الجمعيات إلى نوادٍ أدبية أو لغوية أو فنية أو علمية تقام فيها المسابقات وتطور فيها المهارات الشخصية للطلبة (Davis & Rimm, 1998).

د. غرفة المصادر الخاصة بالموهوبين:

غرفة في المدرسة تستخدم لتنفيذ فاعليات وأنشطة للطلبة الموهوبين والمتميزين وفق خطة تربوية فردية لكل طالب يستخدم هذه الغرفة تحدد الخطة حسب مجالات التميز عند الطالب واهتماماته، ويشكل مشرف غرفة المصادر وإدارة المدرسة ومعلمو المباحث المعنيين والمرشد التربوي وولي الأمر فريقاً يدعى فريق غرفة المصادر، ومن أبرز مهامه: تحديد آلية التحاق الطالب في غرفة المصادر، مستوى الأداء الحالي للطالب، البرامج التي سيتم تزويدها للطلبة كل حسب اهتماماته وقدراته .

ويرى بعض المهتمين بهذه الفئة أنه يمكن استخدام غرف المصادر لتزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بخبرات إثرائية في مجال أو أكثر ولكن ليس في الصف العادي وإنما في غرفة مصادر في المدرسة، إذ يقضي الطالب فيها جزءاً من الوقت في اليوم يتزود خلالها بخبرات تزيد عن تلك التي يتلقاها أقرانه في الصف العادي، ثم يعود إلى صفه لتلقي بقية المواد والموضوعات الدراسية.

المبررات:

تجيء فكرة إنشاء غرفة مصادر للطلبة الموهوبين المتميزين في كل المدارس معتمدة على المبررات الآتية:

- الحاجة إلى مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة وإلى رعاية المواهب الأكاديمية الخاصة والمواهب الفنية وذوي القدرات العقلية العالية، والقدرات الإبداعية الخاصة.
- بقاء الطالب الموهوب في مدرسته العادية يشجع الطالب المتوسط على تحسين أدائه بالإضافة إلى بقاء الطالب الموهوب والمتميز في بيئته الطبيعية.
- الحاجة إلى الارتقاء في مستوى الأداء في المدارس على مستوى المنهاج والعاملين والطلبة لكي تستطيع تلبية احتياجات جميع الطلبة مهما اختلفت قدراتهم.

فريق عمل البرنامج:

- مشرف لغرفة المصادر.
- معلم واحد للتخصص المطلوب لتعليم جميع الطلبة المخدومين في الغرفة بالإضافة لتخصصه مع توافر بعض المواهب أو الاهتمامات الخاصة لديه (يفضل أن يكون المنسق ضمن مجال تخصصه).

- تدريب جميع العاملين في المدرسة الواحدة بحيث يمكن أن يشكل المعلم العادي مصدراً يساعد على تدريس الطلبة مواضيع متقدمة ترتبط بمجال تخصصه.

الفئة المستهدفة:

المتميز والموهوب أو الموهوب ذو الصعوبة التعليمية هو صاحب الأداء العالي مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها في قدرة أو أكثر من مجموع القدرات الآتية: القدرة العقلية العامة، الإبداعية، الفنية، القيادية، الأكاديمية الخاصة وتشكل نسبتهم حوالي (25 ـ 30٪) من مجتمع الصف، وتخدم هذه الغرفة الطالب المتميز من الصف (3 ـ10) الأساسي.

يدرس الطلبة تسع ساعات أسبوعياً، يتم خلالها إثراء الموضوعات المقررة وحسب مجالات القدرة والتميز لدى الطالب واهتماماته وميوله من خلال تنفيذ مجموعة من البرامج الإثرائية والتطويرية (دليل الطلبة المتميزين، مديرية التربية الخاصة، عمان).

من خلال العرض السابق لمعظم أساليب وطرق رعاية الموهوبين كما وردت في أدبيات التخصص، يُلاحظ التنوع الواضح والمرونة، فعلى المسؤولين عن رعاية الموهوبين الأخذ بما هو أجدر بالتطبيق ضمن حدود الإمكانات المتاحة، مع ضرورة التخطيط السليم وتوفير الكوادر المؤهلة المدربة. فقد أكدت الدراسات والبحوث أن ليس كل معلم متميز يصلح لأن يكون معلماً للموهوبين، فوجود معلم رعاية الموهوبين يعطي انطباعاً بأن العناية بالموهبة جزءٌ مهمٌ لا يمكن تجزئته عن وظيفة المدرسة التربوية، وهو الأمر الذي يستدعي تكاتفاً وتعاوناً من جميع أعضاء المدرسة لإنجاح هذه المهمة. فمن طبيعة الموهبة أنها تبرز حيناً وتخبو حيناً آخر لأسباب كثيرة منها ما هو اجتماعي ومنها ما هو نفسي، لذا فوجود معلم متخصص متابع لهذا التطور والتغير أمر في غاية الأهمية لتعزيز مواطن القوة ومحاولة معالجة ما يمكن علاجه للحفاظ على هذه الموهبة متوهجة.

> كما تجدر الإشارة أن الموهوب ذا صعوبات التعلم إذا كانت موهبته هي الطاغية على الصعوبات لديه فبإمكانه الاستفادة من كل البدائل والبرامج التربوية المقدمة للموهوبين والمتفوقين.

كما بينت الدراسات أنه ليس كل ما يعطى للموهوب من خبرات إضافية يُعد إثراء له. إن استخدام أي خيار مما سبق عرضه هنا محفوف بمخاطر جمة إلا إذا تم

التخطيط السليم له، وأخذت في الاعتبار خصائص وحاجات الفئة المستهدفة، وكذا الإمكانات المادية والبشرية المتاحة.

لهذا فإن جميع تلاميذ المدرسة بحاجة إلى برامج خاصة وفرص تربوية متنوعة تبرز من خلالها مواهبهم المتعددة ويشعرون من خلالها بالرضى عن النفس وأن المدرسة مجال فسيح لا يقتصر على جانب واحد فقط من التفوق بل يستوعب جميع طاقاتهم وقدراتهم مهما كانت متنوعة.

المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة:

1. توجيه التقويم والتدخل عن طريق مصالح الأسرة وأولوياتها.
2. على الأخصائيين المهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعدها على القيام بدورها في صنع القرار.
3. حساسية التقويم والتدخل للاختلافات الفردية من حيث احترامه لقيم الأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
4. للطفل ذي الحاجات الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبر.
5. تكيف الطفل ذي الحاجات الخاصة يعتمد لدرجة كبيرة على دعم الأسرة له وتفهمها لحاجاته وخصائصه.
6. وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة. كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأطفال وفروقاً كبيرة بين الأسرة، والأخصائيون غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة.
7. أسرة الطفل ذي الحاجات الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه دون إحساسها بالضعف.
8. غالباً ما تعبّر أسرة الطفل ذي الحاجات الخاصة عن اعتقادها بأن الأخصائيين لا يتفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.
9. لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يلبي بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذي الحاجات الخاصة.

10. الاجتماع مع الأب والأم كلما سمحت الظروف والاستماع إليهما وتزويدهم بالمعلومات عن طفلهما وتشجيعهما على الشعور بأنهما أصحاب القرارات النهائية بشأن طفلهما.
11. التصرف بطريقة لبقة أمام الوالدين وعدم انتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الآباء الآخرين.
12. إعطاء الوقت الكافي للوالدين لفهم مشكلة طفلهم وعدم اتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلة طفلهما والنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه وتفهم الصعوبات التي يواجهونها.
13. تجنب استخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدان واستخدام اللغة الدارجة التي يستطيعان فهمها.
14. مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة.
15. تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين (علي، 2002).

الفصل العاشر

تأهيل ذوي الإعاقات

- تمهيد .
- التدخل المبكر والتأهيل المهني .
- تعريف التأهيل المهني .
- فلسفة التأهيل المهني .
- المقومات الأساسية للتأهيل المهني .
- عناصر عملية التأهيل .
- العوامل التي ساهمت في تطوير خدمات التأهيل .
- الحاجات الواجب مراعاتها عند تأهيل المعاقين .
- البرامج التأهيلية وأهدافها .
- أنواع الخدمات التأهيلية لذوي الإعاقات .
- التأهيل المهني والمعاقون سمعياً نموذجاً .

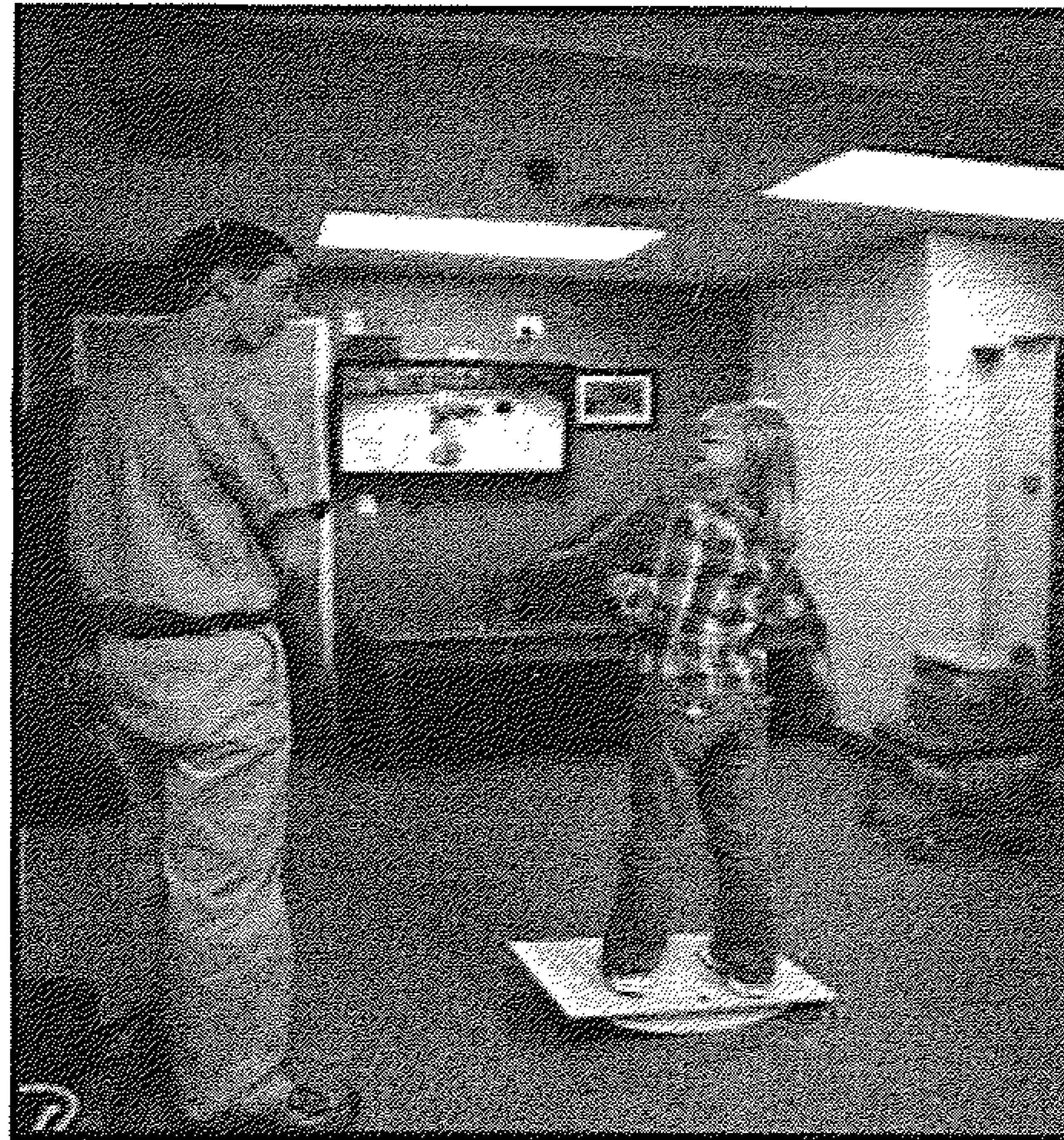
الفصل العاشر

تأهيل ذوي الإعاقات

تمهيد:

تنطوي حياة الإنسان منذ بدايتها على سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين شخصية البيئة التي يعيش فيها، ويستهدف هذا التفاعل دائماً إيجاد التوافق والتوازن بين حالته البدنية والنفسية والاجتماعية وبين ما تتسم به ظروف البيئة من صفات تؤثر في صحته النفسية وتعاملاته مع الآخرين، ويؤدي هذا التفاعل في أغلب الحالات إلى أقصى ما يرتضيه الإنسان لنفسه من الرفاهية الممكنة، وكلما اختل هذا التوافق لسبب من الأسباب بذل الإنسان جهده لمواصلة توافقه مع البيئة من خلال خبراته في الحياة وما تعلمه من الآخرين سواء في الأسرة أو في العمل أو في معاهد التعليم، وعلى ذلك فإن الإنسان في حالة توافق مستمر أو في حالة تعلم مستمر يساند هذا التوافق ويدعمه.

وأحياناً يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده وعندئذ يحتاج إلى خدمات غيره لكي تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق سواء أكانت هذه الخدمات في صورة توجيه الفرد وتطوير صفاته البدنية والعقلية والسلوكية أم كانت في صورة تطوير البيئة لكي تتلاءم مع صفات شخصيته.



وعلى ذلك يمكن تعريف التأهيل Habilitation بأنه: "إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة"، فإذا كان وجه اختلال تكيف الإنسان مقتصراً على ناحية طبية أطلقنا على ما يحتاجه من التأهيل التأهيل الطبي أي استعادة أقصى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية مثل حالات بتر الأطراف، ويكون التأهيل الطبي هنا هو إمداد المصاب بالأطراف الصناعية بعد جراحة البتر وكذلك إمداد ضعيف السمع بجهاز تقوية السمع وتدريبه على استعماله.

أما إذا كان العميل في حاجة إلى إعادة تكييفه من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى التأهيل النفسي، حيث يتناوله الأخصائي النفسي بالتعاون مع الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التأهيل في أغلب الحالات لأن تشخيص الحالة يحتاج إلى الاستعانة بتاريخ الإصابة وبظروفها وملاحظات أفراد الأسرة، وكذلك ما قد يكتشف من عوامل وراثية، وقد يحتاج إلى استقصاء مشاهدات المدرسين في المراحل التعليمية السابقة، بل قد يضطر الأخصائي النفسي إلى الاستعانة بالطبيب النفسي إذا وجد شواهد توحي بالاشتباه بوجود مرض عقلي، وأما إذا كانت ظروف أسرته أو ظروف عمله أو علاقاته الإنسانية والاجتماعية في بيئته هي وجه الانحراف أو الاختلال في إعاقة تكيفه مع المجتمع الذي يعيش فيه فإن إعادة تكيفه في مواجهة هذه الظروف هي ما يطلق عليه التأهيل الاجتماعي، وإذا كان وجه اختلال تكيف الإنسان للحياة هو فقد وظيفته التي يرتزق منها أو عجزه عن الاستمرار في ممارسة مهنته سواء أكان ذلك بسبب حدوث عائق في ظروف البيئة التي يعيش فيها، أم بسبب تغيير طرأ على صفات شخصيته (مثل إصابته بأي خلل في قدراته البدنية كالعاهات والأمراض المزمنة) أم انحراف في صفاته العقلية والنفسية فهذا هو أقسى أنواع عدم التكيف، ولذلك كان أكثر أنواع التأهيل اهتماماً من جانب الجامعات ومعاهد البحث العلمي وأجهزة الخدمات الحكومية أو الأهلية في جميع الدول المتقدمة ذلك هو التأهيل المهني.

وعلى ذلك فالتأهيل المهني هو إعادة التكيف من الناحية المهنية سواء أكان العميل الذي نقوم بتأهيله مصاباً بالعجز في صفاته هو أم كان السبب بعيداً عنه (الجوالده 2012 ـ أ).

التدخل المبكر والتأهيل المهني:

فالتدخل المبكر إذاً معني بتقديم خدمات متنوعة طبية وتأهيلية وتربوية واجتماعية ونفسية للأطفال دون السادسة من العمر، الذين يعانون من إعاقة معينة أو تأخر نمائي أو لديهم استعداد للتأخر النمائي. وبما أن الأطفال في هذه المرحلة العمرية يعتمدون أساساً على أسرهم لتلبية حاجاتهم، فإن التدخل المبكر يهتم بشكل أساسي بتطوير قدرات ومصادر الأسر لتساعد أطفالها على النمو والتطور. كما يفضل أن تقدم الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل بقدر المستطاع.

تعريف التأهيل المهني:

عرفه مكتب العمل العربي للتأهيل المهني عام (1992) بأنه: تلك العملية المنظمة المستمرة المبنية على سياسة منهجية ثابتة للعمل على استثمار القدرات المتبقية للمعاق من خلال توجيهها وتنميتها بالطريقة المناسبة لظروفه وما يسمح له ويمكنه من السيطرة عليها بأقصى حد ممكن لكي يستطيع أن يحقق أعلى مستوى ممكن لقدراته الأدائية على ضوء إمكانياته المتبقية بحيث يستطيع الاندماج في بيئته الطبيعية اقتصادياً واجتماعياً.

كما عرفته منظمة العمل الدولية بأنه: "ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية والتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه".

وعرف سالم التأهيل المهني بأنه توفير الخدمات المهنية والتي تشمل التدريب والإعداد المهني بالإضافة إلى توفير الخدمات اللازمة الأخرى، الطبية والنفسية والاجتماعية، والتي تعمل جميعها بشكل متكامل ومنظم لمساعدة الشخص للوصول إلى أقصى درجات الاستقلال الذاتي وإيجاد المهنة والاستمرار فيها والاعتماد على ذاته في حياته المستقبلية (الطباع، 2000).

فلسفة التأهيل المهني:

تعتمد فلسفة تأهيل الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة باعتبارهم أفراداً لا يعيشون في معزل عن بقية أفراد المجتمع وهم يؤثرون ويتأثرون في المجتمع الإنساني.

ومن هذا المنطلق الإنساني فالتأهيل مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب الدعم الاجتماعي على كافة المستويات والتخطيط والعمل، وتؤكد فلسفة التأهيل على انتقال الشخص ذي الحاجة الخاصة من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة تكوين فكرة واعتقاد مؤداه الاعتماد على الذات والاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية واستعادته لأقصى درجة ممكنة من القدرات العقلية والجسمية والحركية والحسية، هذا بالإضافة إلى العمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل والتوظيف في البيئة الاجتماعية كحق من حقوقه الإنسانية والدستورية، بالإضافة إلى احترام وتنفيذ حقوقه المشروعة في النواحي السياسية والاجتماعية والمدنية بعيداً عن طبيعة إعاقته أو جنسه أو لونه أو دينه، ويتضح مما سبق أن التأهيل يمثل شكلاً من أشكال الضمان الاجتماعي وضماناً للحقوق والتدريب للاستقلالية مما يساعد على التكيف الشامل والدائم (العيسوي، 2000).

المقومات الأساسية للتأهيل المهني:

من أهم المقومات التي يجب توافرها لعملية التأهيل المهني ما يلي:

1. توفير الموارد المالية.
2. توفير الكوادر المؤهلة لتأهيل المعاقين.
3. توفير المعدات اللازمة والورش والوسائل الخاصة والمعينات اللازمة لتأهيل المعوقين مع توفير المباني المناسبة للإعداد المهني.
4. توفير مجالات التدريب بحيث يتسنى اختيار أقرب المهن لقدرات المعوق.
5. سهولة التدريب بحيث تتوافر في البيئة المحلية إمكانيات التدريب في كافة مجالات العمل.
6. زيادة الثقة بالبيئة المحلية، حيث يشعر أنه في بيئة كغيره من الناس ولا ينتمي لطائفة معينة لها نظمها في التدريب ولذلك يحتفظ بكيانه واحترامه لنفسه وسط أفراد مجتمعه المحلي الذي ينتمي إليه.
7. سهولة التشغيل بعد اكتمال التدريب حيث يتعرف المعوق على فرص العمل كما يتعرف على أصحاب الأعمال أثناء تدريبه في البيئة المحلية.

عناصر عملية التأهيل:

وتشمل عملية التأهيل عدة عناصر أساسية، وفيما يلي وصف موجز لتلك العناصر:

أ. التقييم Evaluation:

ويتم التقييم في عملية التأهيل على مرحلتين:

1. *التقييم التمهيدي (Preliminary Evaluation)*: ويهدف إلى تحديد حاجة الشخص المعوق إلى الالتحاق بمركز التأهيل ومدى قابليته للاستفادة من خدماته.
2. *التقييم الشامل (Comprehensive Evaluation)*: ويهدف إلى تحديد نوعية الخدمات التي سيتم تقديمها ويشمل:

- التقييم الطبي **(Medical Evaluation)**: ويساعد في تحديد طبيعة الإعاقة ومدى تأثيرها على الفرد ونوعية القيود التي تفرضها على الشخص من حيث العمل.
- التقييم والاختبار الشخصي **(Psychological Evaluation)**: ويهدف إلى تحديد القدرات والاستعدادات النفسية والميول الشخصية عن طريق الاختبارات النفسية واكتشاف الصعوبات الناجمة عن الإعاقة والتعرف على اتجاهات المعوق ومفهومه لذاته واكتشاف المهارات والمواهب والدوافع التي ينبغي استغلالها ومراعاتها عند تخطيط برامج التأهيل المهني.
- مرحلة التقييم الاجتماعي **(Social Evaluation)**: ويتضمن عرض المعلومات عن تأثير الإعاقة على الفرد والأشخاص وبخاصة أفراد أسرته وتشمل الدراسة الاجتماعية أسباب الإصابة ونوعها والظروف التي حدثت فيها والآثار النفسية المترتبة على الإعاقة، وتشمل الدراسة أيضاً تأثير الإصابة على عمل المعوق، كما يقوم الأخصائي بدراسة علاقة الفرد بأفراد الأسرة والمشكلات الاجتماعية التي تنجم عن الإصابة وتأثيرها على المستوى الاجتماعي للأسرة بالإضافة إلى دوره في عملية التأهيل المهني في مراحله المختلفة (التوجيه المهني ـ التدريب المهني ـ التشغيل) ويهتم

الأخصائي بدراسة شخصية المعوق من ناحية الاعتماد على النفس أو الاتكالية والانطواء والميول العدوانية وأثر سلوكه على علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها كذلك تهدف الدراسة الاجتماعية إلى تلمس الحاجات المالية والمساعدة على الوصول للتأهيل المهني (المعايطة والقمش، 2012).

ب. مرحلة الإرشاد (Counseling):

يحتل الإرشاد مكانة بالغة الأهمية في عملية التأهيل والهدف منه بناء علاقة مهنية جيدة بين اختصاصيي التأهيل والشخص المعوق من أجل تحقيق الأهداف المرجوة، ويسعى اختصاصيو التأهيل إلى مساعدة الشخص المعوق في التغلب على الصعوبات النفسية الناجمة عن الإعاقة والعمل مع أسرته وتوجيه المستفيدين من خدمات التأهيل نحو العمل المناسب وذلك من خلال توظيف المعلومات المتوافرة عن ميولهم وقدراتهم وفرص العمل المتاحة في المجتمع المحلي.

ج. التدريب (Training):

ويتضمن جملة الخدمات التي من شأنها مساعدة الشخص المعوق في تحقيق الأهداف الموضوعة في الخطة التأهيلية الفردية:

1. التكيف الشخصي (Personal Adjusment):

ويركز على معالجة المشكلات وتعديل الاتجاهات الشخصية التي تحد من قدرة الشخص المعوق على القيام بالنشاطات المهنية بفاعلية، كذلك يهتم بتطوير العادات المهنية المناسبة مثل التحمل والاستقلالية...إلخ.

2. التدريب ما قبل المهني (Prevocational Training):

ويطلق عليه أيضاً التوجيه والمشورة المهنية، ويهدف إلى تعريف المتدربين بالمهن المختلفة ومتطلباتها وتزويدهم بالمعلومات التي ستمكنهم من اختيار المهن المناسبة، وتتضمن مرحلة التوجيه النظرة التكاملية للفرد حيث يقوم أعضاء الفريق بالتعاون والعمل الجماعي (أخصائي العلاج الطبيعي - الأخصائي المهني - الأخصائي الاجتماعي)، وكذلك يقومون باستعراض ما يمتاز به الفرد من قدرات واستعدادات نفسية وعقلية وخبرات، ثم مقارنة تلك القدرات والخبرات مع احتياجات المهن التي تتوافر فيها فرص

العمل في المجتمع المحلي وتواكب متطلبات العصر، ويجب أن يتصف أخصائي التأهيل الذي يعمل مع المعوقين منذ البداية وحتى استقراره في العمل بدرجة عالية من القدرة على التفاعل مع الفرد المعوق والإلمام بمشكلاته وكذلك معرفة سبل الاتصال والتخاطب معه ومن ثم توجيه المعوقين إلى المهنة المناسبة على ضوء الاعتبارات التالية:

أ. **الحالة البدنية**: يجب وضع اعتبار للوزن والطول والطبع والمزاج وأي عيوب أخرى، فعلى سبيل المثال يجب الانتباه إلى درجة السمع فهناك حالات سمع متبقٍ ينبغي المحافظة عليها بألا نعرض هؤلاء الطلاب لمهن بها ضوضاء وأصوات عالية، كما أن بعض حالات الإعاقة السمعية لديها عيوب في مركز التوازن فهؤلاء يجب أن نتحاشى تدريبهم في أعمال تتطلب العمل في أماكن مرتفعة مثل أعمال الإنشاءات والتعمير.

ب. **القدرات والميول المهنية**: لابد من وجود توصيات طبية للاسترشاد بها في المهنة التي تناسب المعوق وعادة ما تكون الميول والرغبات المهنية وكذلك الرغبات الأسرية ظاهرة هنا، فإذا اتفقت الميول والرغبات مع القدرات والاستعدادات للعمل فإن العائد سوف يكون أكبر.

ج. **الظروف الاجتماعية**: لابد من دراسة البيئة التي يعيش فيها المعاق، فلا جدوى كبيرة أن يدرب المعوق على أعمال غير متوافرة في البيئة أو المحيط الذي يطمح أن يعمل فيه إذ لابد من دراسة البيئة للوقوف على فرص التوظيف فيها قبل التوجيه المبكر للمعوقين، ويتم التوجيه عن طريق قيام أخصائي التأهيل بالمشورة مع المجتمع المحلي والأسرة، لأن المشورة لها أهميتها إذ تعمل على تعديل الاتجاهات والأفكار التي تسود بين جماعات المعوقين .

د. التدريب المهني (Vocational Training):

ويشتمل التدريب على مهارات مهنية معينة وذلك من خلال المشاغل والعمل في ورش وأماكن عمل حقيقية، ويمكن القول بأنه بعد توجيه المعوق إلى المهنة المناسبة فإنه يحال للتدريب عليها ويتم ذلك داخل القسم الخاص بالتأهيل المهني أو الورش الخاصة، ويراعى في عملية التدريب أن يكون المدرب على إلمام بوسائل الاتصال المناسبة للمعوقين على اختلاف درجات الإعاقة، كما يجب أن يعامل كل منهم وفق فروقه الفردية، مع التركيز أثناء التدريب على آداب المهنة وكيفية التعامل مع الرؤساء

وأساليب المعاملة واحترام تقاليد العمل ومعرفة اقتصاديات المهنة وغير ذلك مما يساعد على تكيف المعوق تكيفاً شخصياً واجتماعياً بعد نهاية فترة التدريب.

هـ. التشغيل (Job placement):

ويعني إيجاد العمل المناسب للشخص المعوق بعد تدريبه وفقاً لفرص العمل في سوق العمل المحلية وهذا يتطلب تدريب الأشخاص المعاقين على تأدية المهارات المطلوبة للنجاح في العمل وتعديل اتجاهات أصحاب العمل.

و. المتابعة (Follow up):

والهدف من ذلك تهيئة الظروف اللازمة للمحافظة على استمرار المعاق في عمله بعد تشغيله.

إن للأطفال المعاقين خواصاً تميزهم عن ذوي السمع الطبيعي أو عن من لديهم اضطراب في الكلام واللغة التي لم تنجم عن إعاقة سمعية، ومن أهم هذه الخواص أن فقدان السمع يؤثر على اكتساب اللغة المنطوقة، كما أن تأخر اللغة ينجم عن تدهور في سماع الأصوات اللغوية (الكلام). وهذه الحقيقة تجعل من التدخل عند هؤلاء الأطفال أكثر تعقيداً، بما أن الأخصائيين والمشاركين في عملية التواصل يحاولون تعويض تدهور الكلام هذا من خلال التأكد من أن هؤلاء الأطفال يحصلون على أفضل المثيرات من البيئة المحيطة بهم.

وسوف يشير المؤلفان لعناصر مهمة في التدخل المبكر مع الأطفال المعاقين والتي قد تلعب دوراً مميزاً عند تقديم الخدمات لهذه الفئات، والتي تجعل من هذا التدخل مختلفاً عن أساليب التدخل الأخرى التي تتبع مع الأطفال ذوي السمع الطبيعي على سبيل المثال، وهذه العناصر هي:

- دور الأسرة في التدخل.
- منهج التدخل اللغوي.
- دور المشاركين في التواصل.
- الاستراتيجيات التي تستخدم للتعزيز مهارات التواصل.
- علاج النطق ومخارج الأصوات.
- تطور المهارة السمعية.

- تطور المفردات.
- فريق التدّخل.
- مكان التدخل.

العوامل التي ساهمت في تطوير خدمات التأهيل:

ظهر المفهوم الحديث للتأهيل المهني بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية عام (1945) وقد ساعد على ظهوره عوامل متعددة تمثلت فيما يلي:

1. سياسة العمالة في البلدان الغربية في التركيز على تأهيل المعاقين.
2. جهود وتأثير المنظمات الوطنية والدولية التي تقوم بنشاطات متنوعة في كل ميدان من ميادين التأهيل.
3. ظهور العديد من القوانين المهنية والتشريعات الخاصة بالمعاقين وتأهيلهم والتي تبين حقوق المعاقين في التأهيل والتعليم والعلاج والاستفادة من الفرص المتاحة لكافة الأفراد، وحقهم في العمل والحصول على مهنة.
4. تقدم العلوم الطبية والعلمية والتقنية وتطور صناعة الأجهزة المساعدة والأدوات المعنية لكافة أشكال العجز والإعاقة لمختلف فئات ذوي الحاجات الخاصة، حيث أصبح بالإمكان تأهيل بعض حالات الإعاقة.
5. تغيير نظرة المجتمع نحو المعاقين باعتبارهم أفراداً من البشر ويستحقون الرعاية والعناية والإعداد للحياة وتوفير خدمات مشاركتهم في المجتمع ومؤسساته المختلفة.
6. التغيير في الأفكار الاقتصادية والصناعية وأنظمة العمل الناجمة عن النمو في المجالات الاقتصادية والصناعية ومواجهة المشكلات الناجمة عن العجز والبطالة الأمر الذي يحتاج إلى دعم المشاريع ذات الجدوى.
7. دور الجمعيات الأهلية وجهودها الطيبة وكذلك بعض المنظمات والهيئات الدولية التي تقدم خدمات تطوعية في مجال التأهيل.
8. الضغوط التي تقوم بها منظمات هيئة الأمم المتحدة على حكومات الدول المختلفة للاهتمام بالمعاقين وتأهيلهم ورفع مستواهم الاقتصادي والاجتماعي وخاصة منظمة اليونسكو والعمل الدولية والصحة العالمية.

9. الدور الإيجابي والفعال للسنة الدولية للمعاقين سنة (1981) وما دعت إليه وخاصة سياسة المشاركة التامة والمساواة وبرنامج العمل طويل الأجل الذي اقترن بتلك السنة.
10. نتائج الدراسة والبحوث المفيدة في مجال تأهيل المعاقين مهنياً وتشغيلهم ومتابعتهم (الجوالده 2012 ـ أ).

الحاجات الواجب مراعاتها عند تأهيل المعاقين:

لكي نستطيع التعامل مع المعاق وتأهيله تأهيلاً مناسباً يجب أن نعرف أن لكل معاق احتياجات يجب مراعاتها ومنها:

1. بدنية: مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.
2. إرشادية نفسية: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية التي تساعد على التكيف والتعايش مع الإعاقة وتنمية الشخصية.
3. تعليمية: بتوفير فرص التعليم للقادرين منهم على التعلم.
4. تدريبية: وذلك بفتح الطريق في مجالات التدريب المختلفة تبعاً لمستوى المهارات المتوافرة لدى المعاق.
5. اجتماعية: وذلك بتوثيق صلات المعاق بمن حوله وتعديل نظرة المجتمع إليه.
6. ثقافية: بتوفير مجالات المعرفة والوسائل الثقافية وجعلها في متناوله.
7. أسرية: وذلك بتمكين المعاق من العيش في الحياة الأسرية الصحيحة.
8. مهنية: وذلك بمحاولة تأهيله مهنياً إذا كانت قدراته تسمح بذلك لأن شعور المعاق بأنه قادر على جلب عيشه بنفسه عامل مهم في رفع كفاءته وقدرته وتكيفه في المجتمع (المعايطة والقمش، 2012).

البرامج التأهيلية وأهدافها:

قبل ذكر أهداف البرامج التأهيلية لابد من التنويه إلى ضرورة إعادة النظر بالتشخيص التقويمي للحالة وكذلك مراجعة الخطة الموضوعة للرعاية الشاملة بين الحين والآخر من أجل تعديل وتقويم بما يتفق مع تجارب الطفل بعد الوقوف على إمكاناته واستعداداته الحقيقية وفيما يلي أهداف البرامج التأهيلية:

1. الحد من الإعاقات بعد دراسة أسبابها واتخاذ الإجراءات الوقائية.

2. تقليل حجم المعاناة بالنسبة للفرد والأسرة .
3. تقليل أثر الإعاقة في الفرد والأسرة والمجتمع.
4. تحويل المعاق إلى فرد منتج مفيد للمجتمع.
5. تنمية مهارات الفرد ضمن إمكاناته الحقيقية.
6. تنمية ثقة الفرد المعاق بنفسه.
7. تنمية العادات الصحية.
8. توفير التأهيل الاجتماعي والنفسي والمهني.
9. تقديم الإرشاد الأسري، حيث إن الأسرة مسؤولة عن إشباع حاجات الطفل وكذلك تمكينه من اتخاذ القرار بشأنه.
10. توثيق العلاقة بين الأسرة والمجتمع .

أنواع الخدمات التأهيلية لذوي الإعاقات:

سيتم تناول أهم خدمات التأهيل المقدمة لذوي الإعاقات وهي التأهيل الطبي والتأهيل النفسي، والتأهيل الاجتماعي، والخدمات الترويحية.

أولاً: التأهيل الطبي Medical habilitation

مما لاشك فيه أن التأهيل الطبي له دور مهم في عملية التأهيل الكلي للفرد، حيث يبدأ بتقييم حاجات المعاق الصحية ثم تحويله إلى الأفراد المختصين لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته، مثل تدريب عضلات المعاق على تحمل الأطراف الاصطناعية في حالة بتر الأطراف ثم كيفية استخدام الأطراف، وبما أن التأهيل بشكل عام عملية مستمرة ومنظمة وشاملة، فالتأهيل الطبي جزء من هذه العملية وأحد أركانها الأساسية.

تبرز أهمية التأهيل الطبي في أنه يشكل الأساس لعملية التأهيل من خلال التشخيص المبكر والرعاية الصحية والطبية وبالتالي اتخاذ الإجراءات التأهيلية المناسبة.

مفهوم التأهيل الطبي:

التأهيل الطبي هو إعادة الشخص المعاق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسمية والعقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من العجز أو إزالته إن أمكن (الزعمط، 2005).

والتأهيل الطبي هو محاولة استعادة أقصى ما يمكن توفيره للفرد المعاق من قدرات بدنية سواء عن طريق علاج هذه الحالة بالأدوية أو بالعلاج الجراحي أو الطبيعي أو بالعمل أو علاج عيوب النطق مع الاستعانة بالأجهزة المساعدة (الزارع، 2006).

أهداف التأهيل الطبي:

تتمثل أهداف التأهيل الطبي فيما يلي:

1. تحسين أو تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعاق.
2. استعادة قدرة المعاق على العمل والقيام بما يلزم من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العامة.
3. إيصال الفرد المعاق إلى أقصى مستوى وظيفي يمكنه الوصول إليه من النواحي الطبية (الزعمط، 2005).

مبادئ التأهيل الطبي:

من أهم المبادئ التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التأهيل الطبي ما يلي:

1. أخذ المشكلة الكلية للمعاق بعين الاعتبار وتشمل حالته النفسية والاجتماعية والمهنية والجسمية.
2. استمرار المعاق في ممارسة الأنشطة والتمارين الجسمية والأعمال التي يستطيع القيام بها.
3. عدم الاقتصار على معالجة الأجزاء المعطلة والمعاقة لدى الفرد المعاق، بل لابد من تطوير وتنمية قدراته الجسمية الأخرى والاستفادة منها في التعويض عما فقده من وظائف.
4. التأكيد على أهمية تقبل المعاق للوضع الجسمي الجديد وتقبل الصورة الذاتية الجديدة والتكيف مع هذا الوضع وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته.

خدمات ووسائل التأهيل الطبي:

تتضمن خدمات التأهيل الطبي الجوانب التالية:

1. العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية: مساعدة الفرد المعاق على استعادة قدراته العقلية والجسمية عن طريق العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية، ويمكن أن تكون وسيلة وقائية لعدد كبير من الأمراض، فعلى سبيل المثال التطعيم

المبكر ضد فيروس شلل الأطفال يؤدي إلى الوقاية منه وبالتالي عدم إصابة الأطفال به مما يؤدي إلى وقايتهم من الإعاقة.

2. العمليات الجراحية: تعمل العمليات الجراحية على مساعدة الفرد المعاق من أن يستعيد قدراته الجسمية التي يعاني منها أو التي فقدها بسبب الإعاقة التي يعاني منها. ويتم في العمليات الجراحية تصحيح أو زرع أو تثبيت أعضاء في الجسم مما يؤدي إلى إعادة عمل أعضاء الجسم المعطلة، فمثلاً زراعة قوقعة لمعاق سمعياً يمكن أن تؤدي إلى زيادة كفاءة السمع لديه وتحول دون أن يكون معاقاً سمعياً.
3. الأجهزة التأهيلية المساعدة: مساعدة الفرد المعاق عن طريق استعمال الأجهزة المساعدة والتي عن طريقها تقلل من أثر الإعاقة الموجودة لدى الفرد، وتؤدي إلى إعطاء الفرد المعاق الفرصة للمشاركة في نشاطات الحياة اليومية، بالإضافة إلى الاستفادة من الخدمات التعليمية والتدريبية والتشغيلية والترفيهية، وعمليات الانتقال والاندماج في المجتمع، ومن أمثلة الأجهزة المساعدة: (السماعات الطبية، النظارات الطبية، العكازات، الأطراف الاصطناعية، الكراسي المتحركة... إلخ).
4. العلاج المهني: يعد العلاج المهني من الوسائل الأساسية والضرورية في عملية تدريب الفرد المعاق على القيام بالأنشطة الجسدية والعقلية المتنوعة التي تساعده في تحسين صحته الجسمية والعقلية وتمكين الفرد المعاق من القيام بالأنشطة اليومية والتدريب على مهنة مناسبة لقدراته.
5. العلاج الطبيعي: مساعدة الفرد المعاق عن طريق العلاج الطبيعي الذي يعد من وسائل التأهيل الطبي المهمة، وتحسين الوظائف الجسمية للفرد، وتحسين حركة المفاصل وقوتها، والتآزر والتناسق وزيادة الدعم في الأطراف، وزيادة دوران الدم في الأطراف (المعايطة والقمش، 2012).

علاقة تأهيل المعاقين بالطب الطبيعي:

يقول الدكتور راسك (Dr. Rusk) وهو رائد الطب الطبيعي في الولايات المتحدة الأمريكية، ومؤسس الاتحاد الدولي لتأهيل المعاقين، أن الطب الطبيعي هو الوجه الثالث من أوجه الرعاية الطبية، وهذه الأوجه هي:

1. الأدوية.
2. الجراحة.
3. الطب الطبيعي (الوقائي والعلاجي).

كثيراً ما يتم الخلط بين مفهوم (الطب الطبيعي) ومفهوم (العلاج الطبيعي)، ونعرض فيما يلي معنى كل من الاصطلاحين بوضوح:

- الطب الطبيعي: هو أي رعاية طبية خلاف الأدوية والجراحة، مثل استخدام الإشعاعات الحرارية والأشعة تحت الحمراء والأشعة فوق البنفسجية، والتدليك، والموجات الكهربائية فوق الصوتية، وأشعة الليزر، والرياضة الوقائية والعلاجية (التمرينات البدنية للوقاية من مضاعفات العاهات أو علاج الإصابات) ووسائل الاسترخاء والحمامات المختلفة (الحمامات المائية والحمامات الكهربائية المائية وحمامات الجلسرين وحمامات الشمع... إلخ)، وباختصار هو كل وسيلة علاجية أو وقائية لا يدخل فيها تعاطي الأدوية أو استعمالها ولا تدخل فيها الجراحة، وإنما تستخدم فيها المؤثرات الطبيعية بالطريقة الفعالة التي تناسب حالة الإنسان سواء السليم المعرض للإصابة أو المصاب أو المعوق (ذو العاهة المستديمة أو المرض المزمن المستعصي) مثل الماء والضوء والهواء والغذاء والكهرباء وتحريك أو تنبيه أو استرخاء العضلات والأوعية الدموية والمفاصل.... إلخ.
- العلاج الطبيعي: الطب الطبيعي هو عمل الطبيب، والعلاج الطبيعي هو تنفيذ العلاج الذي يصفه الطبيب ويعهد بتنفيذه إلى المعالج الطبيعي، والمعالج الطبيعي ليس طبيباً وإنما هو أخصائي في تنفيذ هذا النوع من العلاج.

إن مراكز تأهيل المعاقين التابعة للوزارات تستعين بأطباء أخصائيين في الطب الطبيعي إلى جانب المعالجين الأخصائيين في العلاج الطبيعي.

الطب الطبيعي من مبررات القبول بمراكز التأهيل:

إن تأهيل المعاق في بيئته الطبيعية أفضل كثيراً من عزله عن البيئة في مراكز التأهيل (أي بنظام الإقامة الداخلية)، وأن تلك المراكز إنما تقام لاستقبال بعض حالات المعاقين الذين تدعو ظروفهم الخاصة ـ بإلحاح ـ إلى إقامتهم داخلياً أو بالنظام النصف داخلي. ومن بين هذه الظروف؛ حاجة المعاق إلى رعاية طبية وقائية من مضاعفات العاهة، أو علاجية استكمالاً لعلاج الإصابة المسببة للعاهة، مع تعذر انتقاله إلى

مركز العلاج يومياً أو في مواعيد الجلسات، وعندئذ يتعين إقامته بالمركز، حيث تشمل خدمات جميع مراكز تأهيل المعاقين على إمكانيات العلاج الطبيعي.

وفي هذه الحالات يبقى المعاق مقيماً في المركز أقصر مدة ممكنة تحتاجها حالته العلاجية، حتى يمكن في بيئته الطبيعية بعد ذلك استكمال تأهيله مهنياً واجتماعياً...إلخ، وذلك ما لم تكن هناك مبررات أخرى لاستمرار الإقامة الداخلية، مثل صعوبة انتقاله من مسكنه في البيئة الطبيعية إلى أماكن التدريب المهني، فيلحق بأقسام التدريب المهني بالمركز، أو في الحالات التي يوصي الأخصائي النفسي أو الطبيب بوضعه تحت الملاحظة المستمرة بمعرفة أخصائي التأهيل الاجتماعي لإثبات مشاهداته في سبيل التحقق من سلامة تشخيص حالة المعاق، أو في حالات معاناته من مشكلات إقامته مع أسرته أو عدم وجود أسرة أو محل إقامة... إلخ.

علاقة تأهيل المعاقين بالطب المهني:

يعتبر الطب المهني من الاختصاصات الطبية التي لها علاقة بالتأهيل المهني للمعاقين حيث يهدف إلى:

- وقاية العمال من أي مخاطر صحية قد تنشأ من عملهم أو من الظروف التي ينفذ فيها العمل.
- المساهمة في تكيف العمال الجسمي والعقلي لاسيما عن طريق تكييف العمل مع العمال وتعيينهم في الأعمال المناسبة لهم.
- المساهمة في الوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الرفاهية الجسدية والعقلية للعمال والمحافظة عليها (شرف، 1982).

التعاون الطبي المهني:

إن الاهتمام برعاية المعاقين من الأعمال الدقيقة التي تتدخل فيها أطراف مهنية كثيرة حيث يتناول كل طرف الإعاقة من جانب اختصاصه، ويجب أن لا يقوم أي أخصائي بعمل علاجي أو تربوي أو مهني بمفرده دون الرجوع إلى الأخصائيين الآخرين والعمل كفريق.

إن الإعاقة ومعالجتها تتطلب تدخل جميع الأخصائيين والعاملين في هذا المجال مثل الطبيب والأخصائي النفسي والمعلم والأخصائي الاجتماعي وطبيب العيون والأعصاب وجراحة العظام والعلاج الطبيعي والطبيب النفسي وأخصائي التأهيل

بالإضافة إلى الأسرة حيث يعمل كل منهم على علاج جانب ولكنه في نفس الوقت يعمل مع الآخرين أو يطلّع على ما يقومون به من أعمال مع الأفراد المعاقين.

كما أن الاستشارة الطبية في برنامج التأهيل المهني تؤدي إلى التأهيل الناجح للأفراد المعاقين، وعليهم (الأفراد المعاقون والأشخاص العاملين في مجال التأهيل) أن يستفيدوا من الاستشارة الطبية في عملهم مع الأفراد المعاقين، وأن يوظفوا هذه الاستشارات في تقديم الخدمات المناسبة لهم، ولابد من ذكر أن المستشار الطبي ليس هو الذي يقرر ويحدد أهلية المعاق لتلقي الخدمات التأهيلية، بل إن تحديد هذه الأهلية يقرره مرشد التأهيل المهني بالتعاون مع الأشخاص العاملين في مجال التأهيل المهني.

ويعتبر التعاون الطبي المهني ضرورياً لأنه:

1. يتيح معالجة جميع جوانب مشكلة الشخص المعاق بطريقة منهجية وناجحة.
2. ييسر اللجوء إلى كافة الخدمات المتاحة في الوقت المناسب.
3. يمكّن من تحديد الأشخاص المعاقين الذين يكونون في حاجة إلى التأهيل المهني.
4. ييسر الحصول على المشورة الطبية في أي مرحلة من مراحل التأهيل المهني.
5. يمكّن من بدء التأهيل المهني في أسرع وقت ممكن.
6. يسهّل تحقيق الشفاء في أقصر فترة ممكنة.

ومن أهداف التقييم في كل من التأهيل الطبي والتأهيل المهني:

1. تكوين رأي طبي بوجود اضطراب أو نقص جسدي أو عقلي يؤثر على ممارسة الشخص لنشاطاته وهذا واحد من نواحي تحديد أهلية الشخص للخدمات المقدمة للمعاقين.
2. تقييم الوضع الصحي الحالي واكتشاف أية اضطرابات أخرى لم تكن معروفة سابقاً لدى الشخص المعاق مما يؤدي إلى تحديد طاقاته وقدراته.
3. تحديد طرق ومدى إمكانية إزالة أو تصحيح أو تقليل حالة العجز بالمعالجة والتأهيل الطبي.
4. تزويد العاملين في برنامج التأهيل بأسس واقعية لاختيار الأهداف التدريبية والتشغيلية التي تتناسب مع طاقات الشخص المعاق.

ومن الاختصاصات الطبية التي لها علاقة بالتأهيل المهني للمعاقين:

- طب العيون.
- طب الأذن والأنف والحنجرة.
- طب الأعصاب.
- طب وجراحة العظام.
- الطب النفسي.
- الطب الجسدي والتأهيل.
- العلاج الطبيعي.
- الطب المهني.

ثانياً: التأهيل النفسي Psychological Habilitation

إن حياة الإنسان عبارة عن تفاعلات مستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل لإيجاد التوازن بين حالته الجسمية والنفسية الاجتماعية وبين ما تتصف به ظروف البيئة من صفات تؤثر عليه، وحينما يختل هذا التوازن مع البيئة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده، عندها يحتاج إلى خدمات من الآخرين لإعادة هذا التوازن.

وعن طريق التأهيل النفسي يتمكن المعاق من الانخراط في المجتمع ويتقبل الإعاقة ويرمي التأهيل النفسي إلى مساعدة المعاق على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعي عن طريق تقبل إعاقته والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش معها دون الشعور بالنقص.

والتأهيل النفسي عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعاق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي، ويركز الأخصائي النفسي في عمله على مساعدة الفرد المعاق على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بإعاقته وفي التغلب على الإحباط وعدم الثقة.

تعريف التأهيل النفسي للمعاقين:

ذلك الجانب من عملية التأهيل الشاملة والتي ترمي إلى تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الفرد المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى

ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم، كما يهدف التأهيل النفسي إلى الوصول بالفرد لأقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته وتقبل إعاقته.

وقد عرفه الوزنة: أنه إعادة التكييف النفسي للمعاق في المجتمع الذي يعيش فيه وذلك عن طريق مساعدته على تقبل الوضع الجديد والتأقلم مع الإعاقة الموجودة لديه حتى لا تكون هذه الإعاقة سبباً في اعتزاله عن المجتمع وتكون عاملاً مسبباً لحدوث كثير من الأمراض النفسية التي تصاحب بعض المعاقين (الزارع، 2006).

إذا كان الفرد في حاجة إلى إعادة تكييف من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى التأهيل النفسي حيث يتناوله الأخصائي النفسي بالتعاون مع الاجتماعي أو أخصائي التأهيل لأن تشخيص الحالة يحتاج إلى الاستعانة بتاريخ المصاب أو بظروفه التي سبقت الأعراض الطارئة مباشرة كما يحتاج إلى الاهتمام بملاحظات أفراد الأسرة واستقصاء مشاهدات المعلمين والزملاء وأحياناً الاستعانة بالطبيب النفسي إذا ما وجد ما يوصي بالاشتباه في مرض عقلي.

إن جميع العاملين مع المعاقين يتفقون على أن هناك علاقة ما بين اتجاهات الشخص نحو إعاقته وما بين نجاح تأهيله الجسدي أو المهني، فالمعاقون الذين يرفضون تقبل إعاقتهم أو الذين يتميزون بانخفاض الدافعية ودائمو الشكوى والتذمر فإنهم يحبطون الأشخاص الذين يحاولون مساعدتهم من ناحية، ومن ناحية أخرى يفشلون في الاستفادة القصوى من خدمات التأهيل. لذلك فإن المعرفة عن عملية تكيف المعاق هي مهمة جداً لجميع الذين يعملون مع المعوقين وخصوصاً المرشدين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين، إن عملية تكيف المعاق للإعاقة تتكون من مراحل وهي كالتالي:

1. مرحلة الصدمة: وهي مرحلة التشخيص الأولى وفترة العلاج، فالفرد هنا لم يستوعب أن جسده مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى أنه لا يُظهر أي قلق.
2. مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعدما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.
3. مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد، فكل شيء ضاع وهو يشعر بأنه لن يستطيع أن يعمل أي شيء أو يحقق أي هدف له ويمكن أن يفكر في الانتحار.

4. مرحلة الدفاع: وتنقسم إلى قسمين:

أ. الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها.

ب. الدفاع السلبي: وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلية وخصوصاً النكران (نكران تأثير الإعاقة عليه).

5. مرحلة التكيف: تراود الشخص المعاق الأفكار التالية: "إن جسمي مختلف، وإعاقتي مختلفة ولكنها ليست سيئة، إن الإعاقة تجعلني مختلفاً، ولكن ذلك لا يمنعني من عمل أشياء مختلفة ومفيدة" (الزعمط، 2005).

أهداف التأهيل النفسي للمعاقين:

يمكن تلخيص أهداف التأهيل النفسي بـ:

1. مساعدة المعاق على فهم وتقدير خصائصه النفسية.
2. مساعدة المعاق على معرفة إمكاناته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية.
3. تخفيض التوتر والكبت والقلق وضبط عواطفه وانفعالاته.
4. تعديل العادات السلوكية غير المرغوبة.
5. المساعدة في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها.
6. تنمية اتجاهات إيجابية نحو الحياة والعمل والمجتمع.
7. تدريب المعاق على غرس ثقته بنفسه وبالآخرين (المعايطة والقمش، 2012).

خدمات التأهيل النفسي للمعاقين:

أ. خدمات الإرشاد النفسي:

تبرز أهمية خدمات الإرشاد النفسي للمعاقين من حيث حاجتهم إلى خدمات متخصصة تؤدي إلى التخفيف من الآثار السلبية لإعاقتهم وتعرف بأنها: "الخدمات النفسية التي تهتم بتكييف الشخص المعاق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته".

ومن أهم الأساليب المستخدمة في خدمات الإرشاد النفسي للمعاقين:

1. *الإرشاد الفردي:* والمقصود به إرشاد الفرد من ذوي الحاجات الخاصة أو أسرته في كل مرة ومساعدته على حل مشكلاته والتكيف معها ولابد من مراعاة ما يلي:
   - الترحيب بالفرد وبالوالدين وتوضيح أهداف الجلسة الإرشادية.
   - التأكيد على السرية من اللحظة الأولى.
   - إعطاء الفرد فرصة للاسترخاء وعدم الشعور بالتوتر.
   - اختيار المكان المناسب الخالي من الضوضاء لإجراء الجلسات.
2. *الإرشاد الجمعي:* والمقصود به إرشاد عدد من الأفراد الذين تتشابه مشكلاتهم ويكون عدد المعاقين الأعضاء في المجموعة الإرشادية ما بين (6-8) ويعانون من مشكلات متشابهة.

   وحتى يفعّل الإرشاد الجمعي لابد من:
   - تنظيمه عن طريق متخصص له خبرة في ديناميكية الجماعة.
   - مراعاة التجانس بين الأفراد المشاركين.
   - توضيح أسباب تشكيل الجماعة وفوائد وأهمية وطبيعة الإرشاد الجمعي (يحيى، **2003**).

والإرشاد الجمعي: "علاج يستثمر ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل له أثر في تغيير سلوكهم ونظرتهم إلى الحياة وإلى أعراضها، وفي هذا العلاج مجال كبير لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة. وحين ترى الحالة أن مشكلاتها ليست قاصرة عليها، لا تعود هذه المشكلات مصدر إزعاج لها، بل يُصبح ذلك عاملاً يقوي شعورها بالانتماء إلى الجماعة وثقتها فيها وتوحُّدها بها، وهذا الشعور يكون سنداً عاطفياً للحالة يُعينها على الاستبصار بنفسها وفهمها" (سند، **1998**).

ومن مميزات هذا النوع من العلاج أيضاً الآتي:

أ. تأتي التغذية الراجعة الحقيقية من أفراد مختلفين.

ب. يُزودِّ الموقف بمدى كبير من النماذج.

ج. يُثبِّت أعضاء الجماعة فيما بينهم قدراً كبيراً من التشجيع والمساندة.

د. يستطيع الأعضاء اكتساب أبعاد جديدة في الجماعة.

هـ. يتيح فرصاً حقيقية لممارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها ويكتسب الأخصائي من خلالها معلومات مهمة عن السلوك الاجتماعي الواقعي (دافيندوف، 1988).

ولكي يكون العلاج الجماعي فعالاً ويُؤتي ثماره، فلابد أن يكون تحت إشراف الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التربية الخاصة مثلاً، لأن الكثير من السلوكيات الطبيعية والمقصودة تحدث أثناء العلاج الجماعي من قبل المشاركين في هذا العلاج بما فيهم المعاق نفسه.

ولابد أن توضح تلك السلوكيات للشخص المراد تأهيله، وأن تُوجَّه بشكل يخدم العملية العلاجية، ويسيرها نحو الوجهة الصحيحة المرسومة لها.

3. *الإرشاد باللعب:* يعتبر هذا النوع ذا قيمة وفائدة على المعاقين وذلك عند تغيير السلوك غير المرغوب، ويكون العلاج في غرفة اللعب إما فردياً أو جماعياً.

وهناك العديد من صور اللعب التي يمكن توظيفها لتخدم المعاق وتُساعد على تنمية روح الجماعة بداخله، ومن تلك الصور هناك المباريات التي تكون مرسومة ومنظّمة بشكل يتناسب مع شخصية وتكوين المعاق وتساعده حتى يصل الأدوار، وميزة تلك المباريات أنها تسند أدواراً محدّدة للمعوَّقين وتُحدِّد قواعد سلوكها وتُقلِّل من الاحتكاك فيما بينهم داخل الجماعة، كما أنها توجِّه الجماعة نحو هدف مشترك يسهم كل من الجماعة في تحقيقه، ومن خلال اللعب والنشاط الترويحي المختلف والمتعدد، فإنه يمكن إشباع الحاجات والميول الاجتماعية مع الآخرين، ومن تلك الحاجات: الحاجة لتكوين علاقات اجتماعية وتكوين صداقات، والحاجة للثقة وتحمُّل المسؤوليات، وكذلك الحاجة لتعديل مفهوم الذات الأمر الذي يرفع معنويات الشخص المعاق ويساعده في تحقيق الرضى عن نفسه وتقليل الشعور بالنقص أو العجز لديه إلى أقصى قدرٍ ممكنٍ (فهمي والقطان، 1979).

4. *الإرشاد عن طريق الفن:* إن ممارسة النشاط الفني تعطي الفرصة للشخص المعاق للتعبير عن عالمه الخاص ومشاكله وانفعالاته في جو خالٍ من التهديد.

5. *الإرشاد والعلاج عن طريق التمثيل:* يعتبر أسلوباً للتنفيس والتفريغ عن الشحنات العاطفية ويكون العلاج إما فردياً أو جماعياً.
6. *الإرشاد الوقائي:* نشر الوعي لدى العائلات من أجل التقليل ما أمكن من حدوث الإعاقات.

ب. خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي:

تشمل خدمات الإرشاد الأسري إشراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة، وتقديم النصح للوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج لها الطفل المعاق، ويمكن في هذا المجال الاستفادة من المعلومات التي يقدمها الوالدان عن سلوك الطفل المعاق ومدى تقدمه، وتتضمن خدمات الإرشاد النفسي كذلك طرق اختبار وإبلاغ الأهل بمدى تقدم طفلهم المعاق في مراكز ومدارس التربية الخاصة. كما تشمل خدمات التعليم المنزلي توعية وتدريب الأهل على كيفية رعاية وتعليم وتدريب وتأهيل أطفالهم المعاقين وتدريبهم على وسائل التعليم الخاصة في تعديل سلوك الطفل وإشراكه في نشاطات الحياة اليومية بما فيها النشاطات الاجتماعية والترويجية التي تجعله أكثر سعادة ورضى.

كما تشمل خدمات الإرشاد الأسري كذلك إشراك الأهالي في الاجتماعات التي تعقد في هذا الإطار من حيث طرق الوقاية من الإعاقة، وكيفية التعامل مع الإعاقة ووضع البرامج الخاصة لتدريب المعوقين بمختلف أنواع الإعاقات.

ج. خدمات تعديل السلوك:

إن تعديل السلوك يتضمن التطبيق المنظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني ذي الأهمية الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك كذلك يشتمل تقديم الأدلة على أن تلك الإجراءات وحدها ولا شيء غيرها هي التي تكمن وراء التغير الملاحظ في السلوك.

ويستخدم تعديل السلوك أساليب بعضها لتقوية السلوك المرغوب وبعضها للمحافظة على السلوك وأخرى للتقليل من السلوكات غير المرغوبة، ومن هذه الإجراءات والأساليب التعزيز وضبط المثير والتلقين والإخفاء والتشكيل والتسلسل

والنمذجة والتمييز والتعميم والعقاب والإطفاء وتكلفة الاستجابة والإقصاء عن التعزيز الإيجابي والتصحيح الزائد والتعاقد السلوكي... إلخ (الخطيب، 2010).

د. خدمات الإرشاد والتوجيه المهني:

يهدف الإرشاد والتوجيه المهني إلى مساعدة الشخص المعاق وتوجيهه نحو اختيار المهنة المناسبة له سواء أكانت للتدريب عليها أم العمل بها ويهدف أيضاً إلى توجيه الشخص المعاق إلى اختيار مهنة تتلاءم مع ميوله واستعداداته وقدراته.

هـ. خدمات العلاج النفسي:

تتناول هذه الخدمات المشكلات النفسية الأكثر شدة والتي تؤدي لعدم تكيف الفرد مع مجتمعه وأسرته، وتساعد في جعل المعاق يتكيف مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى.

طرق ووسائل تغيير اتجاهات المجتمع السلبية نحو المعاقين:

إن الأشخاص المعاقين غالباً ما يكونون هدفاً للاتجاهات السلبية نحوهم وعرضة للممارسات التمييزية ضدهم، وهذه في كثير من الأحيان تُعطل فرصهم في أن يكونوا أعضاء منتجين في المجتمع، وتوجد عدة طرق تقليدية لتغيير اتجاهات المجتمع السلبية نحو المعاقين وهي:

1. **الاتصال المباشر مع المعاق:** وهذا يتم عن طريق الاتصال المباشر مع المعاقين وذلك بزيارة المؤسسات والمراكز وتنظيم الزيارات المتبادلة ما بين المدارس والكليات والجامعات ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين.
2. **إعطاء معلومات حول المعاقين:** وذلك من خلال قراءة الكتب عن المعاقين والمحاضرات والنشرات والندوات والأفلام والمجلات والصحف.
3. **الاتصال المباشر وإعطاء المعلومات والخبرة المباشرة بالموضوع:** يتم تقديم المعلومات الخاصة بالمعاق من خلال تنظيم الزيارات الميدانية التي تقوم بها المؤسسات المختلفة إلى مدارس ومراكز المعاقين، وتعتبر هذه الطريقة من أنجح الطرق وأشدها تأثيراً في هذا المجال وتؤدي إلى نتائج إيجابية في تغيير الاتجاهات السلبية نحو المعاقين.

4. التأهيل المهني: إذا ما تم تدريب المعاق على مهنة تتناسب مع ميوله واستعداداته وقدراته وعمل بها وأثبت كفاءته وجدارته بها فإن صاحب العمل والعاملين معه وكذلك زوار الشركة أو المصنع سوف يغيرون من اتجاهاتهم السلبية نحو المعاقين.

وسائل تأهيل أسر المعاقين:

يتم تأهيل أسر المعاقين من خلال الطرق والوسائل التالية:

1. البرامج التلفزيونية والإذاعية.
2. النشرات الدورية والإعلانات والصحف.
3. الملصقات والصور.
4. الندوات والمحاضرات.
5. اللقاءات المنزلية والزيارات المتكررة للأخصائيين.
6. عمل دورات منظمة ومنتظمة لأسر المعاقين.
7. إشراك الأسرة عن طريق العمل التطوعي ومساهمتها في رعاية المعاقين.
8. مجلس الآباء.

وسائل تأهيل المعاق في الأسرة:

1. إعطاؤه الفرصة في مشاركة الأسرة في الحديث.
2. تعويده على الجلوس مع الأسرة أثناء تناول وجبات الطعام أو مشاهدة برامج التلفزيون.
3. مشاركته للأسرة في الزيارات والرحلات.
4. تقديمه للأصدقاء (أصدقاء الأسرة وزوارها) كفرد منها.
5. أن يعامل دون تمييز.
6. إتاحة الفرصة له للعب مع إخوانه ومشاركتهم ألعابهم حسب قدراته وإعاقته.
7. تعويده على الحركة والاعتماد على النفس.
8. تعليمه وتدريبه على نشاطات الحياة اليومية مثل مهارة العناية بالنظافة الشخصية، وارتداء ملابسه، وتناول الطعام وشراء الحاجيات واستعمال المواصلات العامة خاصة المعاقون سمعياً (الزعمط، **2005**).

ثالثاً: التأهيل الاجتماعي Social habilitation

يعتبر التأهيل الاجتماعي من أهم المراحل التي تحول دون حدوث العجز لدى المعاقين، وأكثر المراحل تشعباً وتعقيداً، لأنها لا ترتبط بالفرد فحسب بل ترتبط بالأوضاع الاجتماعية السائدة في المجتمع.

وتعتبر النظرية الحديثة لمشكلة العجز والإعاقة أن المجتمع هو العامل الذي يعيق وليس الفرد نفسه، فمواقف المجتمع هي التي يمكن أن تحول ضعف الأفراد إلى عجز.

إن التأهيل الاجتماعي يهتم بإعداد المعاق للعيش بين أفراد أسرته ومجتمعه نظراً لتعرض الفرد المعاق لكثير من العوامل الاجتماعية التي قد تؤدي إلى رفضه أو تقبله، ويصبح التأهيل أمراً ضرورياً لإعادة التوافق وتغيير الاتجاهات لإحداث التوازن المطلوب لسلامة الصحة النفسية.

وتأتي أهمية وضرورة التأهيل الاجتماعي للمعاقين كأداة تخدمهم وتساعد في نجاح البرامج المقدمة لهم وبالتالي إلى تأهيلهم وصولاً لدمجهم في المجتمع.

ويمكن بيان التأهيل الاجتماعي للمعاقين بأنه تلك الأنشطة والبرامج الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة التي تقوم بها المؤسسات الاجتماعية وتقدمها للأشخاص المعاقين الهادفة إلى استغلال طاقاتهم وإحداث أنسب توافق ممكن بين المعاق وبيئته الاجتماعية على نحو يحفظ له كرامته وحقوقه كإنسان له حق العيش في الحياة أسوة بغيره من الأسوياء.

تعريف التأهيل الاجتماعي:

هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع وتخفيف أية أعباء اجتماعية واقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة، وبالتالي تسهيل إدماجه أو إعادة إدماجه في المجتمع الذي يعيش فيه. ويعتبر التأهيل الاجتماعي جزءاً حيوياً في جميع عملية التأهيل (الطبية، التعليمية والمهنية)، كما يشير أيضاً إلى خبرة وجهود المعاق الذاتية للتغلب على مختلف الحواجز والحدود البيئية ومن بينها الحواجز القانونية والسلوكية والبدنية وأية معوقات وحواجز أخرى (الزعمط، 2005).

وهو عملية إعادة التنشئة الاجتماعية للمعاق الذي يعاني من ازدواجية الإعاقة أو شدتها بحيث لا يمكنه الاستفادة من التأهيل المهني ومزاولة العمل.

أهداف التأهيل الاجتماعي:

يهدف التأهيل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعاق على التكيف الاجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع وذلك من خلال مجموعة من الخدمات والوسائل، ويمكن إجمال أهداف التأهيل الاجتماعي بما يلي:

1. إيقاف تيّار العجز بالاكتشاف المبكّر لحالات الإعاقة، ومساعدتها حتى تصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكانياتها.
2. توفير فرص العلاج الطبي والنفسي لهم.
3. توفير الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها عن طريق الأخصائي الاجتماعي، بحيث تمتد هذه الخدمات إلى ذويهم إذا تطلّب الأمر ذلك.
4. الاعتراف الواعي بهم كجماعات إنسانية لها كرامتها، ولها حقوقها كي تحيا بهم حياة كريمة.
5. توفير فرص التعليم المناسبة لهم، سواء في فصول خاصة أو مدارس خاصة بهم تناسب قدراتهم واستعداداتهم.
6. توفير فرص التوجيه والتأهيل المهني بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة.
7. توفير فرص التشغيل المناسبة لهم، ويعتبر ذلك استكمالاً للجهود التأهيلية التي بذلت لهم.
8. تنوير الرأي العام بمشكلاتهم، وحثّه على بذل الجهود لتقبُّلِهم ومساعدتهم.
9. تشجيع البحوث العلمية في مجال التأهيل الاجتماعي للمعاقين لتطوير أسس التأهيل وأساليبه.
10. تهيئة المؤسسات والطرق وغيرها كي يمارس المعاق حقه في استخدامها والاستفادة منها وعدم تعرضه للأخطار (الجوالده، 2012 ـ أ).

كما تهدف نشاطات التأهيل الاجتماعي إلى ممارسة النشاطات الهادفة إلى زيادة السرور والشعور بالمرح من خلال ممارسة الألعاب الرياضية وحضور الحفلات وزيارة الأصدقاء وممارسة الهوايات والتشجيع على الانخراط في النشاطات الاجتماعية عن طريق الأعمال التطوعية والمشاركة في المناقشات وما إلى ذلك.

أهمية التأهيل الاجتماعي:

تبرز أهمية التأهيل الاجتماعي في برامج التربية الخاصة، حيث إن المهارات الاجتماعية اللازمة للتوافق الاجتماعي في الرشد يكتسبها الفرد العادي بنفسه ولا يحتاج إلى تعلم الكثير منها في المدرسة حيث يتعلمها عن طريق الملاحظة والتقليد، أما الفرد من ذوي الحاجات الخاصة بحاجة إلى اكتسابها عن طريق من يدربه عليها ويعلمه فنون الحياة الاجتماعية ويساعده على مواجهة المواقف الجديدة.

من هنا نرى ضرورة إعدادهم لممارسة أدوار الراشدين في المجتمع وتوفير الرعاية لهم لضمان استمرار توافقهم النفسي والاجتماعي، ويحتاج كل فرد من ذوي الحاجات الخاصة إلى خطة فردية لتحويله إلى حياة الراشدين وممارسة أدواره الاجتماعية، ويبدأ التأهيل الاجتماعي لذوي الحاجات الخاصة من الطفولة المبكرة ويستمر معهم ويتم ذلك بتعاون الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين والوالدين والفرد المعاق نفسه لوضع خطة إعداد للحياة العادية في الرشد، وتحديد الخدمات التي يحتاجها في التأهيل الاجتماعي والمهني والتشغيل ومسؤوليات كل منهم في تنفيذ هذه الخطة ومتابعتها.

خدمات التأهيل الاجتماعي:

إن خدمات التأهيل الاجتماعي للمعاقين لا تختلف عن الخدمات المقدمة لغيرهم بالنوع بل تختلف في الطريقة ونوع الخدمات المقدمة، فللمعاقين مشاكلهم الخاصة المتعلقة بإعاقاتهم بالإضافة إلى مشاكلهم العادية التي تكون عند غيرهم.

وعند الحديث عن خدمات التأهيل الاجتماعي يجب أخذ الأمور الآتية بعين الاعتبار:

1. التأهيل الاجتماعي للمعاقين عملية يشترك فيها مجموعة من الأخصائيين بصورة متكاملة ومنسقة والتي يكون محورها الأساسي هؤلاء الأفراد.
2. التأهيل الاجتماعي عبارة عن عملية مستمرة تكون بدايتها من لحظة انتهاء المرحلة العلاجية التي تثبت فيها الإعاقة، إلى أن يستطيع الفرد العودة إلى المجتمع كعضو بناء يستطيع أن يعيش حياته دون صعوبة بسبب إعاقته.

3. عملية التأهيل تقوم بها مؤسسات خاصة والمعدة خصيصاً لممارسة الأنشطة أو البرامج الفنية المطلوبة.
4. تستهدف عملية التأهيل الاجتماعي إعادة المعاق للمجتمع والحد من أثر الإعاقة عليه واندماجه مع المجتمع وتكيفه مع بيئته.
5. تتركز عملية التأهيل الاجتماعي حول معونة الفرد حتى يتم إعداده مهنياً ويسترجع قدرته الإنتاجية ويحقق استقلالاً اقتصادياً مناسباً.

ويمكن النظر إلى خدمات التأهيل الاجتماعي من خلال المؤسسات التي تقوم برعايتهم حسب نوع وطبيعة الإعاقة، ومن هذه المؤسسات:

أ. مؤسسات التربية الخاصة:

تقوم هذه المؤسسات بتقديم الخدمات الاجتماعية من خلال عدة برامج مثل تعديل السلوك والنشاطات اللامنهجية وبرامج التوعية الأسرية، وللأخصائي الاجتماعي دور كبير في إنجاح برامج التأهيل الاجتماعي من حيث كونه الشخص المؤهل أكاديمياً للقيام بذلك ومن حيث طبيعة عمله في تلك المؤسسات. ومن أنواع الرعاية في هذه المؤسسات:

1. الرعاية النهارية:

يتم هذا النوع من الرعاية في مؤسسات خاصة أو فصول خاصة يلتحق بها المعاق أثناء النهار ويعود يومياً إلى أسرته، ويعتبر هذا الأسلوب من أفضل الأساليب والنُّظُم المتَّبعة في العمل مع المعاقين وذلك للأسباب التالية:

- قِلَّة التكاليف.
- عدم عزل المعاق عن بيئته الطبيعية عزلاً كاملاً، وبذلك يحتفظ بكيانه واحترامه وتقديره لنفسه حيث يشعر المعاق في بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس.
- إتمام عملية التأهيل في مدة أقصر، حيث لوحظ أن المعاقين الملتحقين بمراكز التأهيل كثيراً ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية، لشعورهم بالنقص في البيئة الخارجية.

2. الرعاية الإيوائية:

ويُتَّبَعْ أسلوب الرعاية الإيوائية الكاملة خاصة مع حالات المعاقين شديدي الإعاقة الذين أثبت البحث الاجتماعي والفحص الطبي والنفسي أن حالتهم تتطلب رعاية إيوائية في مؤسسة خاصة. ومن هذه الحالات ما يلي:

- الإصابات الجسمية التي يصعُب معها انتقال المعاق يومياً أثناء عملية التوجيه المهني أو أثناء التدريب المهني.
- الحالات المحتاجة أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمرة حيث تتطلب أحياناً وضع المصاب تحت المراقبة، أو يتطلب من الأخصائي النفسي مراقبة السلوك طول الوقت.
- الحالات التي تحتاج إلى علاج طبيعي بجانب التوجيه والتدريب المهني، ولذلك نجد أن أغلب مؤسسات التأهيل مشتملة على أقسام للعلاج الطبيعي.
- الحالات التي تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيراً في سبيل تنفيذ عملية التأهيل، مثل معارضة أسرة المعاق في تأهيله، أو حثّه على التسول. وبعض حالات إصابات العضلات، أو بعض الأمراض النفسية المزمنة... إلخ.

ويتمثل التأهيل الاجتماعي لشديدي الإعاقة في:

- الإيواء الكامل الذي يتضمن السكن والمأكل والملبس.
- الرعاية الصحية والطبية.
- الرعاية النفسية.
- الرعاية الاجتماعية وشغل وقت الفراغ.
- التأهيل الاجتماعي كالعلاج بالعمل وبالتدريب على خدمة أنفسهم بأنفسهم إن أمكن ذلك (المعايطة والقمش، 2012).

3. الرعاية اللاحقة:

ويُتَّبَعْ هذا الأسلوب بعد انتهاء برنامج تأهيل المعاق ويتم فيه:

- منح المعاق شهادة يُبيِّن فيها على الأخص المهنة التي تم تأهيله لها، والبيانات الأخرى بشأن تنظيم فحص طالبي التأهيل المهني، وتقرير صلاحيتهم للتأهيل، ومنحهم شهادات التأهيل.

- تخرج المعاق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الاجتماعي يوضح مدى إمكانية تكيُّفه مع البيئة الخارجية، وتوافق عليه الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعاقين أو الجهة المنوط بها هذا العمل.
- قيام المؤسسة بتشغيل خرِّيجيها وتَتَبُّع حالتهم لمدة سنة على الأقل، يقوم خلالها الأخصائيون الاجتماعيون بتقديم الرعاية والمساعدة الممكنة التي تتطلبها حالة المعاق.

ب. المستشفيات:

تقوم المستشفيات بخدمات التأهيل الاجتماعي الطبية والنفسية للمعاقين من خلال الأخصائيين الاجتماعيين، حيث تبدأ عملية التأهيل الاجتماعي منذ دخول المصاب إلى المستشفى وحتى مغادرته بهدف تقبله للإعاقة وتكيفه معها.

ج. المدارس العادية:

تضم المدارس العادية أعداداً من المعاقين بالإضافة إلى الصفوف الخاصة وهم بحاجة إلى خدمات إرشادية ونفسية واجتماعية من أجل مساعدتهم على التكيف الاجتماعي والتربوي.

د. مديريات ومكاتب التنمية الاجتماعية:

يتم تقديم خدمات الإرشاد الأسري حيث يقوم الأخصائيون بإرشاد وتوجيه وتوفير المعلومات والخبرات لأسر المعاقين (الزعمط، 2005).

هـ. الرعاية المنزلية:

وهي رعاية تتم في إطار الأسرة والمجتمع لتسهيل اندماج المعاق ومساهمته في المجتمع، وإزالة العوائق والحواجز دون عزله في مؤسسات خاصة.

حيث تُقدَّم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم في منازلهم لرفع مستواهم المادي والمعنوي. ويؤدي هذا النوع من الخدمات أخصائيات اجتماعيات دُرِّبن تدريباً خاصاً للقيام بهذه المهمة.

وتتلخَّص هذه الخدمات فيما يلي:

1. بحث الحالة الاجتماعية للمعاق للوقوف على جميع ظروفه وأحواله واحتياجاته، ووضع خطة العلاج والإعداد السليم.

2. مساعدة المعاق وأسرته في الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة في المجتمع.
3. إحداث التغييرات المطلوبة في اتجاهات أسرة المعاق نحو كيفية معاملتهم له وتقبُّلِه... إلخ (رمضان، **1995**).

للخدمة الاجتماعية جهود بارزة في تأهيل المعاقين، وهي جهود تفاعلية وتكاملية، والأخصائي الاجتماعي حين يقوم بدوره مع المعاقين فإنه يقوم به على أساس الفهم المبني على المعرفة الكاملة لفلسفة الخدمة الاجتماعية التأهيلية.

الأدوار الوظيفية للأخصائي الاجتماعي في المجال التأهيلي:

أ. مع الأفراد المعاقين:

إن الأخصائي الاجتماعي هو أول من يجب أن يلتقي به المعاق عند وصوله المؤسسة فتتكون الثقة والاحترام المتبادل بين المعاق والأخصائي الاجتماعي وهما أسس العلاقة المهنية، وفي هذه الحالة يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يخفف من حدة الصراع النفسي للمعاق، كما أن للأخصائي الاجتماعي دوراً مهماً مع أسرة المعاق يربطها به ويزيل ما يساورها من قلق عليه ويعالج مشكلاتها، ويهيئ الأسرة لاستقبال المعاق ليعيش بينها.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي المستخدم لطريقة خدمة الفرد المعاق بأداء أدواره الوظيفية لمساعدة عملائه باستخدام الأساليب التالية:

- يأتي المعاق إلى المؤسسة طالباً المساعدة وهو غير معترف بأن مشكلته الأساسية هي عجزه عن أداء دوره.
- الأخصائي الاجتماعي هو ممثل للمجتمع ويقوم بتبصير عميله بمشكلته وواجبات دوره وما يجب عليه وما يتوقعه من الآخرين.
- يُقابل الأخصائي الاجتماعي بمقاومة المعاق ويتم التفاهم وإنهاء الصراع والاتفاق على طبيعة المشكلة وحجمها الصحيح.
- أولى خطوات العلاج تحديد الإمكانيات وتوقعات الآخرين ثم خلق أدوار جديدة في ضوء الإمكانيات.
- تدعيم السلوك الإيجابي لدى المعاق مع إبراز مناطق القدرة والقوة لديه في أدواره الأخرى المتمكن فيها من العوامل المساعدة للاستجابة لخطة العلاج.

ب. مع الجماعات:

نستعرض أهم الواجبات العامة للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال التأهيلي ويركز على طريقة العمل مع الجماعات:

- نقطة البداية في عمله، هو التعرف على الجماعة، والاندماج فيها والتفاعل معها.
- العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة، عن طريق ممارسته للعلاقات بأسلوب إنساني اجتماعي.
- التعرُّف على الحاجات الحقيقية للجماعة، وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالنسبة لظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.
- التخطيط العلمي السليم للخدمات، مع ضرورة إشراك أعضاء الجماعة في التخطيط.
- تدريب المعاقين في مجال الخدمات، وخلق قيادات وتدريبها.
- يُعتبر الأخصائي الاجتماعي حلقة اتصال بين الفريق الطبي والمعاقين ينقل إليهم تعليمات الفريق وإرشاداته بأسلوب يتَّفق مع فهمهم وإدراكهم، كما يرفع إلى أعضاء الفريق الطبي مدى استجابات وإفادة المعاقين بهذه الإرشادات، أو ينقل إليهم أي شكوى تستجد في ظروف وأحوال المعاق النفسية أو الصحية.
- يُقدِّم الأخصائي الاجتماعي للفريق الطبي، ولإدارة المؤسسة، التقارير والإحصاءات التي تُوضِّح أهمية الخدمات المقدمة للجماعة، وأثرها على استقرار أحوالهم الاجتماعية، والنفسية، والعلاجية، والتأهيلية.
- يعمل الأخصائي الاجتماعي على امتداد نطاق الخدمات لأسرة المعاق إذا سمحت إمكانيات المؤسسة بذلك.
- يوجه الأخصائي الاجتماعي المعاق لمصادر الخدمات في المجتمع المحلي، للاستفادة منها في حالة الاحتياج إليها.
- يقوم الأخصائي الاجتماعي بمتابعة وتقويم الخدمات لتحسينها أو تعديلها أو إلغائها في حالة عدم صلاحيتها ومناسبتها لظروف وأحوال المعاقين.

ومن المهام الرئيسة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي التأهيلي ما يلي:

- يسهم بعمله مع جماعات المعاقين بدور أساسي في تنشئتهم التنشئة الصالحة.
- تدريب المعاقين أنفسهم على ممارسة التخطيط للخدمات التي يحتاجون إليها.

- تنظيم العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة بحيث يشعر كل معاق أنه فرد في هذه الجماعة.
- تدريب المعاقين على فهم قوانين المؤسسة.
- تبصير المعاقين بحقوقهم التي سنتها التشريعات القانونية لصالحهم.

ج. مع المجتمع بشكل عام:

إن طريقة تنظيم المجتمع تلعب دوراً في خدمة وتأهيل المعاقين من حيث تنوير الرأي العام بأسباب الإعاقة وكيفية علاجها وطرق الوقاية منها واستثمار وسائل الإعلام وتوظيفها.

والمنظم الاجتماعي العامل في مؤسسات التأهيل يتدخل للتأثير على القرارات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية التي تؤدى للمعاقين وذلك على النحو الآتي:

- تصنيف الخدمات، ووضع الأولويات لهذه التصنيفات، مثل الصحة، الترويح، النفسية.... إلخ.
- لا يُتَّخذ القرار بإعطاء الأولوية لتصنيف معين من الخدمات إلا على أساس مقاييس موضوعية، مثل الضرورة الملحة، الفاعلية، أو بالاستناد إلى مقاييس رياضية.
- يجب اشتراك لجان البحث في دراسة الأسس التي استندت إليها قرارات إعطاء الأولوية لتصنيف معين من الخدمات وذلك لأن القرارات النهائية للأولويات يجب أن تتخذ بواسطة المجتمع.

ويرى كل من جورسر *Grosser* وروس Ross أن المنظم الاجتماعي يمكنه القيام بالأدوار التالية: المساعد، المنشط، المطالب، الخبير، الوسيط، المرشد المعالج (المعايطة والقمش، 2012).

أما البرامج التي تشملها خطة عمل المنظم الاجتماعي والمؤسسات التأهيلية فهي:

1. برامج تهدف إلى التعرف على الاتجاهات الاجتماعية التي قد تعرقل خطط العلاج.
2. برامج تهدف إلى مساعدة المعاقين على التخلص من الاتجاهات الاجتماعية السلبية.
3. برامج لمحو أمية المعاقين الأميين.

4. برامج تثقيفية للمعاقين.
5. برامج تهدف إلى التعرف على مشاكلهم واحتياجاتهم.
6. برامج تهدف إلى إيجاد حلول لبعض المشكلات بالاعتماد على الموارد المتاحة.
7. برامج تهدف إلى إيجاد صلات طيبة بالهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية في البيئة.
8. برامج تهدف إلى تكيف المعاقين في المؤسسات التأهيلية.
9. برامج تهدف إلى مد بعض الخدمات الاجتماعية إلى أسر المعاقين.
10. برامج للعلاقات العامة تهدف إلى إيجاد شعور إيجابي تجاه المؤسسة والبيئة المحلية والمجتمع بصفة عامة.
11. برامج ترويحية للمعاقين.
12. برامج تقييمية لخطط الخدمات للاستفادة منها مستقبلاً.

خدمات المرشد الطلابي:

إن الحاجة إلى خدمات المرشد الطلابي من أبرز الخدمات التي ينبغي أن تقدمها المدرسة لمساعدة الطلبة المعاقين على النمو والتوافق والإنجاز المدرسي، ومن هنا نتساءل: ما المهام والأدوار المهنية المنوطة بالمرشد الطلابي والتي يجب القيام بها؟ (عقل، 1998)

أ. الرعاية الفردية للطلاب المعاقين:

من خلال الرعاية الفردية للمعاق يتم اتخاذ الآتي:

- اتخاذ كافة الإجراءات المعينة لهم في المجتمع المدرسي، مثل اختيار الفصول الملائمة واختيار الأماكن المناسبة داخل الفصول وغيرها من الإجراءات التربوية المساعدة.
- المتابعة المستمرة بالتعاون مع المعلم ومدير المدرسة وولي الأمر.
- تشجيع مجالات الإبداع لديهم وحفز قدراتهم الذاتية للاعتماد على أنفسهم بأسلوب إرشادي مناسب ليساعدهم على التكيف السوي داخل وخارج المدرسة.

ب. الخدمات الإرشادية:

وتشمل هذه الخدمات ما يلي:

- جلسات إرشادية ومقابلات فردية لمساعدة الكفيف على التكيف مع واقعه.
- مقابلة مدير المدرسة لدراسة حالته.
- الاتصال بولي الأمر.
- إحالة الطالب لإجراء كشف طبي.
- مناقشة المعلمين حول وضع الطالب.
- رعاية جوانب الإبداع لدى الطالب.
- مساعدته للحصول على أداة مساعدة.
- رعايته أثناء حصص التربية الرياضية.
- نقله إلى مكان مناسب في الفصل.
- تحويله إلى صف مناسب.
- مساعدته اقتصادياً.
- إشراكه في اللجان المدرسية.
- ملاحظة المواقف اليومية الطارئة مثل:

1. المواقف النفسية: مثل:
   أ. الاضطراب الانفعالي.
   ب. القلق النفسي.
2. المواقف التربوية الطارئة: مثل:
   أ. تكرار عدم أداء الواجب.
   ب. التأخر الصباحي المتكرر.
   ج. الغياب المتكرر.
3. ملاحظة المواقف السلوكية اليومية الطارئة: مثل:
   أ. الجنوح.
   ب. إتلاف أدوات المدرسة.
   ج. التدخين.
   د. سوء التكيف.

خدمات لتسهيل الدمج الاجتماعي والاقتصادي للمعاقين:

قد يعاني المعاق من إعاقتين: الأولى: كونه معاقاً، والثانية: الإعاقة الناتجة عن ضغوط البيئة التي يعيش فيها. فإذا قمنا بمساعدته في تسهيل الصعوبات التي يواجهها في معايشة البيئة فإن ذلك يسهل عليه التحرك للاستفادة من الخدمات المتوافرة في المجتمع وبالتالي اندماجه الاجتماعي والاقتصادي في أنشطة الحياة اليومية.

ومن الخدمات التي يجب أن تقدم لتأهيل وتسهيل عملية اندماج المعاقين اجتماعياً ومهنياً:

1. الخدمات الوقائية: وهي أي خدمات تحول دون وقوع الإعاقة أو تخفف من احتمال وقوعها أو تخفف من آثارها عند وقوعها.
2. خدمات التعليم: وهي أي خدمات تؤدي إلى توفير التعليم للمعاقين إما في مدارس خاصة أو صفوف خاصة بالمعاقين في مدارس عامة وذلك حسب ترتيبات خاصة بالمعاقين تعتمد على نوع ودرجة الإعاقة.
3. خدمات التأهيل والتدريب المهني: وتعني تقديم الخدمات التأهيلية والتدريبية إما في مراكز خاصة بالمعاقين أو في مراكز عامة أو مشاغل أو مصانع أو تعاونيات تمهيداً لتشغيلهم.
4. خدمات التشغيل والمتابعة: التشغيل هو المحصلة النهائية للخدمات التأهيلية والتدريبية والتعليمية للمعاق لتحقيق ذاته وكسب دخل يحقق له استقلالية ويساعده على الاندماج في المجتمع كذلك متابعة المعاقين بعد تشغيلهم.
5. خدمات التثقيف والترويح: توفير المكتبات والوسائل الإعلامية ووسائل التسلية والترفيه والنشاطات الرياضية من خلال إقامة أندية ومعارض يشترك فيها المعاقون.
6. خدمات توفير الأجهزة أو الوسائل والمعينات والمعدات الخاصة للمعاقين: وذلك حسب نوع ودرجة إعاقتهم.
7. تسهيلات وإعفاءات: يجب تسهيل الأمور التي يحتاجها المعاق سواء أكانت رسوماً مادية أم غيرها مثل التسهيل في رسوم الجمارك الخاصة بالمعاقين أو الأجهزة والمعدات وكذلك رسوم رخص المهن والرسوم الجامعية.

8. إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعاقين: وهي كل الحواجز أو المعوقات التي تعيق تحرك المعاقين في عدة مجالات الحياة اليومية وتتمثل في: الحواجز العمرانية، والمواصلات، والحواجز الثقافية، والحواجز في أماكن العمل، والاتجاهات السلبية في أماكن العمل.

رابعاً: الخدمات الترويحية

يشمل هذا المجال رياضة المكفوفين، والمسابقات الثقافية، والأنشطة الفنية.

أصبحت ممارسة الأنشطة الترويحية من الضرورات المرتبطة بالصحة الوقائية للإنسان، حيث أكدت الدراسات المردود الإيجابي للأنشطة البدنية على أجهزة الجسم المختلفة متضمنة الجهاز الدوري والتنفسي والعضلي، وغيرها، بل وحتى الجوانب النفسية والاجتماعية للفرد، ولقد أثبتت نتائج العديد من التجارب أن الأطفال الذين لا يتمتعون بالرعاية التربوية في المجتمع تظل قدرتهم الحركية غير مكتملة أو لا تصل إلى مستوى أقرانهم ممن يتمتعون بهذه الرعاية

التأهيل المهني والمعاقون سمعياً نموذجاً:

إن إتاحة العمل المناسب للمعاقين سمعياً لا يتم بشكل ارتجالي، أو عاطفي، بل يكون على أساس تأهيلهم مهنياً ضمن برنامج علمي وعملي يساعدهم على التعرف على نقاط القوة والضعف التي يمتلكونها، لهذا تعد عملية التأهيل المهني مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي على كافة المستويات، وكذلك فهي تؤكد على فكرة الاعتماد على الذات والاستقلال الذاتي. ويؤكد (الزعمط، 2000) أن للمعاقين سمعياً نفس الآمال والتطلعات والحقوق كغيرهم من الناس، ومع ذلك ومن خلال المشاهدات والحقائق الثابتة لا توجد أي دولة في العالم قد حلت مشكلتهم، من حيث إيجاد فرص عمل لهم تساعدهم فيها على دمجهم في نشاطات الحياة المختلفة.

إن فلسفة التأهيل لا تقوم على أساس الاهتمام في الأساليب أو التجهيزات أو الوسائل المساعدة في تأهيل المعاقين، إنما ينصب أولاً وأخيراً على الفرد ذاته، حيث إن الفرد المعاق لا يعيش بمعزل عن الآخرين، لكنه يعيش في ظل إطار اجتماعي كأي فرد آخر، من هنا انطلقت فلسفة التأهيل من قبول فكرة اعتماد المعاق على الآخرين،

إلى ضرورة الاستقلال الذاتي والكفاية الذاتية، سواءً في النواحي الشخصية أو الاجتماعية أو المهنية وذلك عن طريق استعادته لطاقاته لأقصى درجة ممكنة (القريوتي، 2006).

كما أن فلسفة التأهيل تقوم أيضاً على أساس تقبل المعاق واحترام حقوقه المشروعة في النواحي السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية، وذلك بغض النظر عن طبيعة إعاقته أو جنسه أو لونه أو دينه. وبناء عليه فإن عملية التأهيل تعد شكلاً من أشكال الضمان الاجتماعي للمعاق وحماية لاستقلاله مما يساعده على التكيف من جديد بالرغم من إعاقته التي يعاني منها.

وقد أشارت جينز (Janes, 2001) بأن تأهيل المعاق سمعياً يعتمد على قدراته، فقد يعاني من عدة مشاكل طبية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية، لهذا قد يحتاج إجراءً بسيطاً أو مجموعة من الإجراءات المترابطة، كما أن حاجات المعاق سمعياً متداخلة ومتشابكة ويتوقف بعضها على بعض إلى حد كبير، ولهذه الحقيقة قيمتها الأساسية في التعرف على حاجات الفرد المعاق سمعياً وتنظيم الخدمات التي تكفل له تغلبه على نواحي قصوره.

وحتى يتمكن الفرد المعاق من العيش باستقلالية ودون اعتماد على أحد من حيث الدخل والحياة المستقلة، يجب أن تكون لديه مهنة يستطيع من خلالها العيش باستقلال وهذا لا يتم إلا إذا حصل الشخص المعاق على التدريب والتأهيل المسبق (Long and Quellette, 1994).

ويشير (القريوتي، 2006) إلى أن خدمات التأهيل المهني للمعاقين سمعياً تمر بالمراحل التالية:

أ. الإحالة:

تحويل حالات المعاقين إلى خدمات التأهيل من المصادر التالية:

1. المدارس والمعاهد التعليمية العامة والخاصة.
2. مدارس التربية الخاصة ورعاية وتأهيل المعاقين.
3. المستشفيات والمراكز الصحية.
4. الإحالات الذاتية والفردية.
5. أي مصدر آخر.

ويجب أن تتضمن بيانات الإحالة معلومات عن الاسم، والعنوان، طبيعة ونوع الإعاقة، العمر، الجنس، تاريخ الإحالة ومصدرها.

ب. التقييم:

وقد أكد بيتر (Bitter,1979) في أن هذه الخطوة تساعد في التعرف على مستوى الأداء العام للفرد المعاق وذلك بالحصول على معلومات من خلال فريق متخصص في مختلف المجالات وعلى ضوئها يتم التقييم المهني، وتشمل المراحل التالية:

1. التقييم الطبي: يساعد هذا التقييم في الكشف عن إعاقة الفرد الأساسية وكذلك التعرف على حدود القدرات الوظيفية عنده وكذلك يعمل التقييم الطبي على تحديد نوع المعالجة التي تتطلبها حالة الفرد المعاق.
2. التقييم النفسي: يشير نصر الله (2002) إلى أن هذه العملية تساعد المعاق سمعياً على مواجهة الظروف والمشاكل التي يمر بها، ومن الملاحظ أن أكثر اختبارات الذكاء انتشاراً في ميدان تأهيل المعاقين في أغلب دول العالم هو اختبار (وكسلر غير اللفظي) لأنه يمكن ممارسته بمعرفة المكفوفين والصم والمشلولين وغيرهم من ذوي الإعاقات لأنه يتكون من مجموعة اختبارات مختلفة يمكن استخدامها كلها مع العميل وأخذ المتوسط أو استخدام بعضها فقط، كما أن أكثر اختبارات الميول انتشاراً في التأهيل هو اختبار كودر.
3. التقييم الاجتماعي: يهدف هذا التقييم إلى التعرف على التاريخ الاجتماعي للفرد وجمع المعلومات المتعلقة بالمعاق من أهله منذ ظهور الإعاقة لديه والمراحل التي قبلها وكذلك التعرف على الخبرات التربوية والعملية التي تعرض لها الفرد المعاق. وفي هذا الصدد أكد نصر الله (2002) إلى أن هذا التقييم يهدف إلى إعادة المعاق سمعياً إلى المجتمع والبيئة التي يعيش فيها.
4. التقييم التربوي: يشير القمش (2000) بأن إجراء هذا التقييم يساعد في اختيار البرنامج التربوي المناسب للفرد، والتنبؤ بأداء الفرد المستقبلي ووضع الخطط العلاجية المناسبة له.
5. التقييم المهني: لقد أشار (Bitter,1979) إلى أن التقييم المهني يشتمل على المعلومات التي تم استخلاصها من أنواع التقييم السابقة بحيث تساعد في

التعرف على مشكلة الفرد المعاق والنمو المهني المناسب له. كذلك يركز أخصائي التقييم على خبرات الفرد العملية واهتماماته وميوله المهنية ومدى تحمله للمسؤولية، وكذلك على قدراته بهدف التنبؤ بالمستوى الذي يمكن الفرد الوصول إليه في العمل مستقبلاً.

ج. التهيئة المهنية:

هي الفترة التي يتم خلالها تزويد المعاق بالمهارات اللازمة التي تمكنه من البدء بالتدريب المهني المنتظم على مهنة تتناسب مع قدراته واستعداداته وميوله أو مزاولة مهنة مساعدة لا تحتاج كفاءة مهنية معينة، وهي مرحلة تبدأ من سن (12) وتستمر حتى بداية مرحلة التدريب المهني أو العمل، يتدرب المعاق خلالها على ممارسة عدة عمليات أساسية واستعمال أدوات رئيسة تدخل في مختلف المهن (الزعمط، 2000). وأكد القريوتي (2006) أهمية التهيئة المهنية بالآتي:

1. معرفة ميول المعاقين للمهن المختلفة في الحياة العملية.
2. تكوين الحس العملي لدى المعاقين وتنمية قدراتهم المهنية والعملية وتطويرها.
3. تهيئة المعاقين على مهن مختلفة يستطيعون من خلال العمل فيها تأمين معيشتهم والاعتماد على أنفسهم في المستقبل.
4. تهيئة مناخ عملي ملائم للمعاقين للتكيف على العمل ومتطلباته وعلى بيئة العمل خارج المركز.
5. إمكانية تحويل المعاقين بعد تخرجهم إلى مراكز تأهيل مهنية أو مراكز تدريب مختلفة.
6. تكوين الاتجاهات الإيجابية لدى الطلبة المعاقين كحب العمل واحترام العاملين وتقديرهم.

د. الإرشاد والتوجيه المهني:

يذكر الزعمط (2000) أن عملية التوجيه المهني للمعاقين لا تتم إلا إذا توافرت المعلومات اللازمة لفهم الشخص المعاق وتشخيص حالته، والمعلومات مهمة لكل من الموجه المهني الذي سيساعد في عملية التوجيه المهني وللشخص المعاق لكي يتمكن من

التعرف على نقاط القوة والضعف لديه، وتكون المعلومات التي تؤخذ عن الشخص المعاق في الغالب شاملة لجميع مراحل حياته، وتختلف طبيعة المعلومات التي يجب جمعها وتصنيفها باختلاف طبيعة الحالة موضوع الدراسة فيما إذا كانت مهنية أم تربوية.

هـ. التدريب المهني:

هو ذلك النوع من الخبرة التي تساعد الفرد على تنمية المهارة المهنية وتأكيد فائدتها والتي تساعد على مواجهة المقتضيات للعمل حتى يستطيع التنافس مع الآخرين، وهناك مجموعة من القواعد يجب أخذها بعين الاعتبار عند الشروع في عملية التدريب المهني:

1. ليس هناك وظيفة تتطلب كل القدرات والطاقات من الشخص.
2. ليس هناك شخص يتمتع بكل القدرات والطاقات.
3. لا يوجد من يستطيع إتقان كل المهن.
4. كل معاق بغض النظر عن نوع ودرجة إعاقته لا يزال يتمتع بقدرات وطاقات متعددة.

إن إعداد عمال معاقين مؤهلين يجب أن يتفق ومتطلبات الأعمال التي تحتاج إلى مهارات خاصة. وتنص توصيات منظمة العمل الدولية في التأهيل المهني المعاقين رقم (99) على أن يهدف التدريب المهني للمعاقين إلى تمكينهم من القيام بأنشطة اقتصادية يستطيعون من خلالها استغلال مؤهلاتهم المهنية وقدراتهم على ضوء فرص التشغيل المتوافرة (الزعمط، 2000).

ويعد التدريب المهني إحدى الوسائل الفعالة التي تساعد المعاق على الاستقرار في عمله، ولا يعد التدريب المهني الهدف النهائي في عملية التأهيل ولكنه يؤدي إلى نهاية ناجحة والنهاية الناجحة هذه هي العمل المناسب.

ولقد أشارت لاريك (Larek,1978) إلى أن التدريب المهني هو إحدى الطرق التي تساعد الشخص المعاق على الاندماج في الحياة العملية من أجل الحصول على عمل مناسب مرتكزة إلى مجموعة من المبادئ الأساسية خاصة بالتدريب المهني للمعاقين تتمثل فيما يلي:

1. يجب أن يستمر تدريب المعاق حتى يكتسب القدرات التدريبية المطلوبة وحتى يكتسب المهارة الضرورية ليقوم بالعمل بدقة.

2. يجب أن يتلقى المعاقون التدريب تحت نفس الظروف والشروط التي يتلقى تحتها غير المعاقين تدريبهم.
3. يجب أن يؤدي التدريب إلى التشغيل في المهنة التي تدرب عليها أو فيما يشابهها.
4. يمكن تشغيل المعاق في عمل مناسب دون تدريب فالتدريب المهني غير ضروري.
5. يجب أن يلبي التدريب المهني متطلبات سوق العمل التنافسية كما يجب تأمين قبول المعاقين من قبل أصحاب الأعمال ومنظمات العمال وجميع الجهات المهنية التدريبية.
6. يجب أن يتم اختيار نوع التدريب بعناية فائقة وفقاً لحاجات وقدرات المعاقين ووفقاً لإمكانيات التشغيل من جهة أخرى.

و. التشغيل:

يشير الزعمط (2000) إلى أن الهدف الأسمى والناتج النهائي من أي برنامج للتأهيل المهني هو إعادة اندماج الشخص المعاق من خلال دخوله أو إعادة دخوله إلى الحياة الاقتصادية في عمل يتناسب مع قدراته المتبقية ويستخدم مهاراته أفضل استخدام، فالتشغيل هو قمة العملية التأهيلية ومحصلتها وهو للمعاق على ذات الدرجة من الأهمية لغير المعاق من حيث تحقيق الفوائد التالية:

- تحقيق الذات وما سيتبعه ذلك من آثار إيجابية اجتماعية ونفسية.
- كسب دخل يضمن حداً معيناً من الطمأنينة ويؤمن مستوى معيناً في الحياة.
- المساهمة في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية وبناء الاقتصاد الوطني.
- المساهمة في عملية الاندماج الاجتماعي والاقتصادي للمعاقين في جميع الأنشطة الحياتية المختلفة.

ز. المتابعة:

هي المرحلة الأخيرة من مراحل التأهيل وتعني زيارة المعاق من حين لآخر بموقع عمله للتأكد من مدى استقراره وتقدمه في العمل، والتعرف على مستوى الأداء الذي وصل إليه ومدى تكيفه مع العمال وجو العمل . ومن فوائد المتابعة:

1. التأكد من قدرة المعاق على مواجهة ظروف العمل من الناحية الجسمية.
2. التعرف على العوائق والحواجز التي تحد من كفاية المعاق بالعمل الذي عين فيه.
3. التأكد من فاعلية برامج التأهيل المهني.
4. متابعة المعاق طبياً إذا كان تحت العلاج عند إلحاقه بسوق العمل.
5. تحويل المعاق إلى أي عمل آخر إذا أظهر عدم قدرة على التكيف والتوافق مهنياً.
6. إجراء دراسات المتابعة والأبحاث على المعاقين العاملين والتعرف على أي تطورات يمكن أن يمروا فيها (القريوتي، 2006).

الفصل الحادي عشر

مشاريع وبرامج التدخّل المبكر العالمية الحديثة

- تمهيد .
- البرامج التعليمية .
- إستراتيجيات التدخل المبكر في حالات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة .
- أهم عناصر برامج ومناهج التدخل المبكر .
- مكوّنات الإطار النموذجي لبرنامج التدخل المبكر .
- الإطار النموذجي لبرنامج التدخل المبكر .
- برنامج بورتيج للتربية المبكرة .
- منهاج بافاريا .
- برنامج سكاي هاي .

الفصل الحادي عشر

مشاريع وبرامج التدخّل المبكر العالمية الحديثة

تمهيد:

تحظى برامج التدخل المبكر اليوم باهتمام كبير من المسؤولين على مستوى التخطيط والتنفيذ الوطني في معظم دول العالم، وان كان ذلك بدرجات متفاوتة من الكفاءة والتنظيم تبعاً لإمكانيات ومصادر الدول المختلفة، هذا وقد أدى ذلك إلى صدور تشريعات في الولايات المتحدة الأمريكية طالبت بشكل مباشر بضرورة التدخّل المبكّر في سن مبكرة وخصوصاً في عامي (1967 و 1973)، فقد تمخض عن هذه التشريعات وما تلاها من قوانين متلاحقة دعم وتوفير عشرين برنامجاً في التدخل المبكر من أصل أكثر من مائتي برنامج تم تقديمهم في العقدين الماضيين من أبرزها:

- مشروع بورتيج.
- برنامج ـ سكاي هاي.
- منهاج بافاريا.

ويصعب في الواقع تتبع نشأة برامج التدخل المبكر تاريخياً وخاصة أن هذا المصطلح يستخدم في مجالات متنوعة مثل العلوم الطبية والجراحية منذ وقت طويل. إلا أن الأدب النظري لهذا الموضوع يشير إلى ظهور مصطلح التدخل المبكر كأحد المصطلحات التي استخدمتها لجنة البيت الأبيض للتخلف العقلي عام (1961) عندما أشار وليم ويلوكس إلى التقرير الذي أوضح أن ظاهرة التخلف العقلي منتشرة في جميع قطاعات المجتمع الأمريكي ولها خصائص مميزة، وهي: انخفاض مستوى التعلم، وانخفاض الدخل، وفقدان الوعي الصحي والاجتماعي. وأشار إلى ضرورة رسم خطط التدخل المبكر للتعامل مع ظاهرة التخلف العقلي كحلول سريعة، ولرسم الخطط القومية طويلة المدى للتعامل مع هذه الظاهرة. ونتيجة لفوائد التدخل المبكر فقد اتسع انتشاره في جميع الدول ومع كل أنواع الإعاقات حيث أصبح من السمات المميزة لأي مجتمع متحضر يهتم بأبنائه المعاقين عامة (شقير، 2002).

البرامج التعليمية:

لقد كان من الطبيعي مع وجود العديد من نظريات النمو مثل نظرية بياجيه المعرفية، ونظريات التحليل النفسي، والنظرية السلوكية أن تتعدد أشكال البرامج وتختلف أغراضها وأهدافها التعليمية تبعاً لهذه النظريات. ومن أهم البرامج التعليمية التي اهتمت بالطفولة المبكرة :

أ. مشروع هيد ستارت (Head Start Project):

وقد ركز على أهمية بناء برامج الطفل على أساس مفهوم الطفل أي أن قدراته العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسمية ترتبط ببعضها، وبالتالي فإن المناهج والبرامج يجب أن تأخذ بهذه الحقيقة، كما أكد البرنامج على ضرورة دور اللعب في تنمية قدرات الطفل وتسهيل تعلمه.

ب. البرنامج ذو التوجه المعرفي:

يستند هذا البرنامج إلى نظرية بياجيه، ويتميز في إعطائه الفرصة للأطفال لأن يكونوا نشيطين في عملية التعلم، ويقتصر دور المعلمين على تنظيم الفصل وتزويده بالأدوات والإمكانات الضرورية لعمر الطفل. وقد أثبتت الدراسات التتبعية للأطفال الذين انتظموا في هذا البرنامج تطورهم في المجال العقلي، والتحصيلي، والاجتماعي.

ج. برامج قائمة على طريقة منتسوري:

لاقت هذه البرامج نجاحاً كبيراً ومن أهم الخصائص التي تمتاز بها هذه البرامج تركيزها على الوسائل التعليمية الحسية، لاقتناع منتسوري أن الطفل يتعلم عن طريق حواسه، كذلك احترامها للنزعة الاستقلالية للطفل، واقتناعها بوجود الفترات الحساسة أو الحرجة في حياة الأطفال والتي يكون خلالها أكثر قابلية لتعلم مهام معينة. كما أنها شبهت الطفل بالإسفنج الذي يمتص المعلومات من البيئة من حوله. كما نادت منتسوري بضرورة إعداد البيئة التي تساعد الطفل على الاختيار انطلاقاً من حريته وحقه في تعليم نفسه بنفسه. ويتكون برنامج منتسوري من أربع فئات؛ تهدف الفئة الأولى إلى تدريب الأطفال على معرفة الأشكال، والأحجام، والأوزان، واللمس. وتهدف الفئة الثانية والثالثة إلى التدريب على مهارات الكتابة والقراءة، أما الفئة الرابعة فتهدف إلى اكتساب المهارات اليدوية الحياتية المختلفة.

ويبنى التعلم على التعلم الذاتي أو المستقل الذي يعتمد على تصحيح الطفل لأخطائه. وقد قسمت منتسوري برنامجها إلى مستويات متدرجة تقابل مستويات نمو الأطفال بما يساعد كل طفل في اكتساب المهارات التي يجب أن يتقنها في المرحلة العمرية التي يمر بها (فرماوي والمجادي، 1999).

إستراتيجيات التدخل المبكر في حالات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة:

1. الإعاقة السمعية: يمكن مساعدة الطفل المعوق إعاقة سمعية بسيطة على التعلم عن طريق مساعدته على استثمار قدراته السمعية المتبقية وتوفير فرص التفاعل مع الأطفال العاديين، والتكلم معه بصوت مسموع وبسرعة متوسطة وتوفير المعينات السمعية.
2. الإعاقة البصرية: الاعتماد على استخدام الحواس الأخرى مثل السمع واللمس لذلك يجب عدم مساعدة الطفل عند تحركه إلا عند الضرورة، وتدريب وتعليم الطفل على استخدام الأدوات الخاصة به مثل (العصا) والتقليل من الأثاث والحواجز في غرفة الصف.
3. الإعاقة الجسمية: يمكن مساعدة الأطفال المعوقين جسمياً عن طريق تعليمهم مهارات العناية بالذات، ويجب تهيئة البيئة التي يعيش بها بحيث يستطيع التحرك بحرية، وتوجيه الطفل نحو نقاط القوة لديه، وتدريب الطفل على كيفية استخدام الأدوات المساندة والعناية بها.
4. الإعاقة العقلية: هناك عدة خطوات لابد من اتباعها مثل التدرج من المهارات البسيطة إلى الأكثر صعوبة، وتنمية القدرة على العناية بالذات، تعزيز الطفل عند القيام بمحاولات ناجحة واستخدام أسلوب النمذجة.
5. الاضطرابات السلوكية والانفعالية: إن أهم الاستراتجيات المستخدمة هي: ملاحظة شدة وتكرار السلوك، اطلاع الطفل على نماذج سلوك تكيفية، التعامل مع الطفل بالمحبة والحنان، تجنب المواقف التي فيها سلوك سلبي، تعزيز الطفل عند القيام بعمل إيجابي وتجاهل الأعمال السلبية.
6. اضطرابات اللغة: وأهم الاستراتيجيات المستخدمة: اختيار الأنشطة التي تساعد على تحسين لغة الطفل، معرفة أسباب ضعف اللغة، تقديم برامج تدريبية، إزالة المواقف النفسية الضاغطة على الطفل.

7. الأطفال الموهوبون: يمكن تنمية التعلم والتطور المبكر لديهم عند من خلال قراءة القصص لهم وتشجيعهم على تأليف القصص، وبناء الثقة بالنفس، وتشجيع الحوار والنقاش حول أحداث تستثير اهتمامهم، وتشجيع الأطفال على التحليل والمقارنة، ودمج الأفكار من خلال طرح الأسئلة من أجل رفع مستوى التفكير لديهم، وتشجيع الطفل على المشاركة في نشاطات خدمة المجتمع، وتشجيع الزيارات والرحلات إلى المكتبات العامة ومصادر التعلم الأخرى (يحيى، 2006).

أهم عناصر برامج ومناهج التدخل المبكر:

1. المهارات أو العمليات الأساسية: مثل الانتباه والإدراك، اللغة، التذكر والمهارات الحسية والحركية.
2. المهارات النمائية في المجالات المختلفة: مثل العناية بالذات، والمهارات الحياتية اليومية، والمهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية.
3. المهارات الحركية الكبيرة: المشي الزحف، التسلق، القفز، والرمي تساعد الطفل في تطوير الأنشطة الآلية الجسمية.
4. المهارات الحركية الدقيقة: مثال ذلك حركة الأصابع.
5. المهارات البصرية: التمييز بين المتشابه والمختلف في الصور والأشكال والحروف.
6. المهارات السمعية: تمييز الأصوات والذاكرة الصوتية، ومن هذه الأنشطة لعبة الكلمات وألعاب الذاكرة.
7. مهارات الاتصال واللغة: وتتضمن القدرة على الاستماع والكلام.
8. المهارات الاجتماعية: تتضمن تعلم التفاعلات وتكوين العلاقات مع الآخرين (Shearer & Shearer,1978).

مكوّنات الإطار النموذجي لبرنامج التدخل المبكر:

أولاً: القيم الأساسية والفلسفية:

- قيم تتعلق بالطفل.
- قيم تتعلق بالتربية.

- قيم تتعلق بالعملية التربوية.

ثانياً: الأسس النظرية.

ثالثاً: الأهداف البعيدة والقصيرة.

هناك ثلاثة أنماط: نمط يؤكد على المهارات سواء نمائية أساسية أو أكاديمية، ونمط يؤكد على العمليات المعرفية ـ المفاهمية مثل مهارات التفكير وحل المشكلات، ونمط وجداني معرفي حيث تركز الأهداف على الاتجاهات والخبرات والسمات الشخصية.

رابعاً: الخدمات وأساليب تقديمها.

خامساً: المنهاج والمواد: يجب تحديد ما الذي سيتم تدريسه للأطفال لتحقيق النمو والتعلم المطلوب.

سادساً: طرق التدريس.

سابعاً: إجراءات تقييم الطفل والبرنامج.

ثامناً: اختيار العاملين وبناء الهيكل التنظيمي وتحديد الأدوار.

تاسعاً: تدريب العاملين وإعدادهم.

عاشراً: المصادر والتسهيلات المطلوبة.

الإطار النموذجي لبرنامج التدخل المبكر :

يمكن تقديم إطار نموذجي لبرامج تستطيع أي جهة استخدامه لوضع برنامجها للتدخل المبكر بما يتناسب مع الإطار الفكري، والأهداف بعيدة المدى. فيجب أن يكون كما يلي:

1. قائماً على فلسفة أو نظرية أو استراتيجية تحقق الاستمرار والاتصال بين الأهداف والمنهاج وطرق التدريس.
2. محدداً بعدد من المكونات التي تتلاءم مع بعضها فلسفياً وإجرائياً، وأن تكون العلاقات بين المكونات محددة بوضوح وتعكس الافتراضات والأهداف المشتركة.
3. بناءه محدداً بشكل تفصيلي وواضح بحيث يستطيع أن يفهمه، ويطبقه أشخاص آخرون من جهات أخرى.

4. حاملاً الأدلة على نجاحه، أي أن أي إنجاز يعود إلى إجراءات البرنامج فقط وليس إلى متغيرات أخرى مثل حماس العاملين (يحيى، 2003).

وفيما يلي عرض لأهم البرامج التي لاقت رواجاً عالمياً ألا وهو مشروع البورتيج.

برنامج بورتيج للتربية المبكرة (Portage Project):

إن رعاية الأطفال وتربيتهم وتعليمهم واحدة من أكثر المساعي التي قد يشارك فيها البالغون إثارة للتحدي والإشباع، ويزداد التحدّي الذي يواجه آباء وأمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة أو المعوقين عن التحدي الذي يواجه غيرهم، كما تكثر مسؤولياتهم وتزداد وطأتها بالمقارنة بغيرهم. ويمثل الدعم والمساعدة الآتيان من داخل الأسرة مع التحديات المرتقبة. وقد كان مشروع بورتيج واحداً من أنجح البرامج المواجهة مباشرة لاحتياجات أسر الأطفال ذوي الإعاقات، والمركز النظري لمشروع بورتيج هو الدور الأولي الذي يلعبه الوالدان في نمو أطفالهم وكل الإجراءات مصممة من أجل تعزيز ذلك الدور.

وقد نجح النموذج مع أسر تنتمي إلى نطاق واسع من الثقافات والطبقات الاجتماعية والاقتصادية. ومن الأطفال الذين قدمت إليهم الخدمات أطفال لديهم حالات إعاقة شديدة التنوع تتراوح ما بين حالات التأخر البسيطة والشديدة.

وقد نتج عن مخطط بورتيج عديد من التعديلات التي صممت لتلبي احتياجات الأسر ذات الخلفيات الثقافية المتنوعة والتي انحدرت من تجمعات جغرافية مختلفة. وقد تمخضت تلك التعديلات عن دراسات بحثية وإصدارات عديدة ونمو واسع في المواد التدريبية والمنهجية.

أما أهم ما نتج عن النموذج فهو المجموعة الكبيرة من المتخصصين في رعاية الطفل ممن كرسوا أنفسهم لتزويد الأسر وصغار الأطفال بأكثر الخدمات جودة، وترجع تلك النتيجة أكثر ما ترجع إلى التدريب الممتاز الذي قدمته مجموعات في إنجلترا إلى المهتمين بتعلم كيفية تنفيذ النموذج (وايت وكاميرون، الطبعة المعربة التجريبية، 1993، 21).

يعد مشروع بورتيج في التدخل المبكر والمطور عام (1968) والذي تم تنفيذه من قبل شيرر وشيرر (Shearer&Shearer,1978) من أكثر البرامج التي لاقت رواجاً واستحساناً ليس فقط على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية وإنما على المستوى

الدولي أيضاً، فقد تم التحقق من مدى فعاليته في مختلف البيئات والظروف وفي العديد من دول العالم مثل قطاع غزة، والهند والفلبين واليابان وإنجلترا وبلدان أخرى. ويعتبر هذا النموذج أيضاً أحد البدائل الإبداعية والفعالة التي أسهمت خلال العقدين الماضيين في توفير الخدمات التربوية العلاجية لحالات الإعاقة المختلفة وأسرهم وذلك ضمن بيئة الطفل الطبيعية المتمثلة في منزله. ويتمتع هذا النموذج باستراتيجية مرنة وناجحة يمكن توظيفها في مختلف البيئات الثقافية والاجتماعية من خلال حذف أو تعديل بعض الفقرات لكي تتلاءم مع أية معطيات محلية، ومن ثم تنظيمه للأنشطة والمهمات وتقديمها بشكل متسلسل وفردي. إضافة إلى تلك المميزات فإن نظام بورتيج ينفرد بسهولته ويسر استخدامه، نظراً لأن متطلباته وكذلك الأعباء التي يفرضها على العاملين أو على أسر المعاقين تعتبر محدودة وليست مرهقة.

ومن ناحية أخرى فإن الملامح الرئيسة لبرنامج بورتيج في التدخل المبكر تتمثل في أن إجراءاته العلاجية وأنظمته التربوية تنقل التركيز من الأسرة على أنها متلقية ومستقبلة فقط للخدمات إلى كونها مشاركاً رئيساً في اتخاذ القرارات المتعلقة بنمط تلك الخدمات والأنشطة المصاحبة لها، وقد استفاد العديد من المهتمين والمؤسسات والجهات المعنية ببرامج المعوقين من هذا التوجه الخلاق الذي يعتمد على استراتيجيات فعالة في التدريس الموصوف (Precision Teaching) وما يتم تقديمه من خدمات مجتمعية رسمية أو غير رسمية وذات تكلفة مادية منخفضة.

ونظراً لما تمت الإشارة إليه من أهمية ومبررات قوية تدل على فعالية مشروع بورتيج في التدخل المبكر، فإن طرحه من حيث تطوره ومناقشة مضامينه الرئيسة وتجارب استخدامه من قبل بعض الدول النامية مثل: الفلبين وموريشوس ونيبال سوف يساعد تلك الجهات التي ترغب في تقديم خدمات مبكرة من توظيفه والاستفادة منه بشتى الطرق والوسائل، فمن الأهمية بمكان ملاحظة أن الهدف الأولي للبرنامج كان يتلخص منذ البداية في إنشاء صفوف لحالات الأطفال الذين يعانون من إعاقات معينة في المجتمعات الريفية في منطقة وسكنسن وذلك منذ الولادة وحتى سن السادسة، ولدى تنفيذ البرنامج وفق أهدافه الأولية تلك فقد واجه العديد من المشكلات منها ما يتعلق بالمواصلات وعدم رغبة بعض الأسر في وضع أطفالها في فصول خاصة في سن مبكرة، وكذلك شدة الإعاقة لدى بعض الأطفال وصعوبة التعامل معهم، ونتيجة لوجود مثل

تلك الظروف المتعلقة معظمها في صفوف تواجد الأطفال في غرفة الصف، فقد بدأ منذ السنة الثانية للمشروع في وصول المدرّس لتلك الحالات بدلاً من إحضارهم للمؤسسة، وبالتالي بدأ البرنامج بتوفير الخدمات المجتمعية عن طريق قيام ثلاثة مدرسين بزيارات أسبوعية مدتها ساعة ونصف لما مجموعه أربعون أسرة.

مشروع بورتيج في الأردن:

يؤكد البرنامج على أن الأطفال المعاقين يختلفون باحتياجاتهم التربوية، ويتم تعليم الأطفال المعاقين عقلياً بالتدريب العملي على أعمال تناسب قدراتهم وإمكاناتهم، لمساعدتهم على تحقيق النجاح وعدم تعريضهم لخبرات الفشل مما يساعدهم على مواجهة الحياة الاجتماعية، وتحقيق التكيف مع البيئة التي يعيشون بها (Malone &Langon, 1994).

يقدم البرنامج خدمات تدخل مبكر مجانية في المنزل للأطفال حديثي الولادة لغاية التسع سنوات ممن يعانون من إعاقات عقلية وحركية بسيطة ومتوسطة. وقد حظي هذا البرنامج الذي طور في الولايات المتحدة على شهرة عالمية، وترجم دليل عمله إلى اللغة العربية وهو يطبق حالياً في عدة دول عربية منها الأردن وفلسطين ومصر والسعودية ولبنان والبحرين. كما يهدف البرنامج إلى تدريب أمهات الأطفال على كيفية تعليم أطفالهن والتعامل معهم، من خلال زيارات أسبوعية منتظمة بمعدل ساعة وربع لكل زيارة. تبدأ الزائرة بتقويم قدرات الطفل للتعرف على مستوى أدائه ثم تقوم بتحديد أهداف وتدريب الأم على العمل مع الطفل لتحقيق الأهداف. وتغطي الأهداف خمسة مجالات تعليمية هي: المجال الاجتماعي، الإدراكي، المساعدة الذاتية، الحركة والتواصل، بالإضافة إلى مجال التأثير على الطفل الرضيع.

ابتدأ العمل بالبرنامج في الأردن عام (1997) تحت مظلة الصندوق الهاشمي وبدعم من مجلس الطفولة العربي. وتم تدريب الزائرات من عدة جمعيات في عمان والكرك والزرقاء بالتعاون مع معهد الملكة زين التنموي. ويقدم البرنامج خدماته حالياً من خلال ثلاث مؤسسات في عمان هي: جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، جمعية البنيات للتربية الخاصة، وجمعية الأهالي وأصدقاء المعوقين. كما تقدم خدمات البورتيج في مناطق مختلفة في المملكة من خلال الجمعيات التالية: جمعية الجنوب للتربية الخاصة (معان)، مركز بصيرة (الطفيلة)، مركز الخالدية للتربية الخاصة،

مركز الحمرا للتربية الخاصة، مركز مؤتة للتربية الخاصة، مركز الرجاء للمعوقين سمعياً، مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين (مخيم حطين)، جمعية البتراء الخيرية وجمعية حرثا الخيرية. وتشير السجلات الإحصائية المتوافرة غير المنشورة لدى معهد الملكة زين التنموي إلى أن عدد الأطفال والأسر الذين تلقوا الخدمة من خلال البرنامج عام (2004) قد بلغ حوالي (226) طفلاً وأسرة.

وقد مر تطوير مشروع بورتيج بالعديد من المراحل والتجارب التي ساعدت في وصوله إلى صورته الحالية، فقد كان للأنشطة والأهداف التي وصفت من قبل العاملين في البرنامج منذ المرحلة الأولى لتطويره دور كبير في صياغة المنهاج الأولي للمشروع، وقد اعتمد المشروع في المرحلة الأولى التي امتدت ثلاث سنوات على الأسس والمبادئ التالية:

1. يشكل الوالدان أكثر الأفراد فعالية في تقديم الخدمات التربوية لأطفالهم.
2. يعتبر المنزل أفضل بيئة للتعلم الطبيعي للطفل.
3. تخصص الملفات لكل من الأطفال وأولياء أمورهم وذلك نظراً للفروق القائمة فيما بين كل حالة منهم.
4. إتاحة المجال لاختيار أي من أساليب التدريس من مثل الأساليب النمائية المتسلسلة أو استخدام المدخل السلوكي في المعالجة.
5. تتخذ القرارات بناءً على المعلومات والبيانات المتوافرة في السجلات من أجل ضبط ومتابعة مدى النجاح في تنفيذ المهمات.
6. لقاءات أسبوعية فيما بين فريق العمل في البرنامج لمتابعة تنفيذ البرنامج أو أية مشكلات أخرى.
7. يمكن أن يصبح الوالدان أكثر فاعلية وإسهاماً في نجاح البرنامج بعد تلقيهما التدريب الملائم والإشراف المباشر.
8. استمر تنفيذ البرنامج على المستوى المحلي وتوسعت خدماته لتشمل مناطق ومراكز أخرى، ففي الفترة الواقعة بين عامي (1972 و 1975) تم تدريب عدد أكبر من العاملين وبناء علاقات إيجابية مع العديد من مشروعات التدخل المبكر المشابهة، وقد كان تركيز فترة التوسع هذه للمشروع ضمن المرحلة الثانية منذ عام (1975) على الوصول إلى أعداد أكبر من

فئات المجتمع المحرومة وتقديم مناهج أكثر تطوراً، وقد تم التحقق من ذلك من خلال التعاون مع مشروع (Head Start)، إضافة إلى ذلك فقد بدأ نهاية عام (1975) في الانتشار عالمياً.

أما من حيث التوجهات الحالية والمستقبلية لمشروع بورتيج فقد أوضح جيسن (1988) أنها تقع ضمن الأطر التالية:

1. توجيه الخدمات المجتمعية العلاجية نحو الأطفال الرضع وأسرهم وخاصة حالات الذين يعانون من إعاقات شديدة أو متعددة أو من يعانون من إصابات وأمراض مزمنة.
2. تطوير المناهج الصفية المصممة لحالات الإعاقة البسيطة والمتوسطة منذ سن الثانية وحتى السادسة، وتهدف هذه البرامج المقدمة في أوضاع الدمج المختلفة إلى تنمية مهارات الكفاية الاجتماعية والاستقلالية وتغذية مشاعر احترام الذات.
3. تطوير برامج تدريبية تعتمد على تنمية الكفايات اللازمة وتشتمل في نفس الوقت على ستة نماذج وجوانب تدريبية ذات علاقة بالاتجاهات والمهارات اللازمة للعاملين في مؤسسات التربية الخاصة.
4. التركيز باستمرار على تطوير المصادر والمواد التعليمية والأنشطة والمهارات المختلفة بحيث يمكن لأولياء الأمور الاستفادة المستمرة منها (القريوتي وآخرون، 1995).

تعريف البرنامج:

قام العديد من العلماء بوضع تعريفات للبرنامج منها ما يؤكد على الخبرات والممارسات والأنشطة المحددة للبرنامج، فتذكر كرم الدين (1994) أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المحددة التي يعرض لها الأفراد بطريقة معروفة ومحددة بهدف إكسابهم معلومات أو مهارات أو اتجاهات في جانب محدد من جوانب سلوكهم (كرم. الدين، 1994).

أما بهادر (1994) فتذكر أنه مجموعة من الممارسات والأنشطة والألعاب والمواقف والأساليب التي يمارسها الطفل مع المشرفة خلال يوم كامل من أيام الأسبوع وهذه الأنشطة ترتب ترتيباً دقيقاً مناسباً لمستوى نمو الطفل الذي وضعت من أجله

وتندرج في فقرات موجهة بحيث تفصل بين الفقرة والأخرى فترات راحة ويسبق كل فترة تمهيد لها (بهادر، 1994).

كما تؤكد الصاوي (1998) على أن البرنامج هو مجموعة من الخبرات المناسبة لخصائص النمو، فتذكر أن: البرنامج هو مجموعة من الخبرات التي تنظم معاً من خلال الأنشطة المختلفة وتقدم للطفل في إطار عدد من الوحدات تتناسب في مجملها مع خصائص نمو الأطفال وحاجاتهم التربوية بهدف تنمية عمليات العلم الأساسية وإكسابهم مفاهيم العلوم (أحمد، 1998).

وقد صممت برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة لإمداد المساعدة للأطفال ذوي التحديات الجسمية أو التنموية ومعظم برامج التدخل المبكر تجعل من الآباء الأعضاء الأساسيين لفريق المتخصصين والذين يهدفون إلى تلبية احتياجات الطفل الخاصة.

وتقدم هذه البرامج من خلال المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالأطفال وتبحث هذه البرامج عن الإيجابيات التي تحققها لكل من الأسرة وأطفالها في آن واحد (Graham, 1995).

فالبرنامج الناجح هو الذي يكون مصحوباً بأسلوب محدد من التغذية المرتدة المستمرة والتي تجعل الطفل يستمر في العمل واللعب من خلال أنشطة البرنامج وتوجه الطفل إلى الأنشطة والممارسات السلوكية والتدريب عليها من خلال عمليات التقويم المستمرة التي تقوم بها المعلمة لتحديد مستوى الطفل عن طريق النشاط الذي يمارسه (بهادر، 1996).

ومما سبق يمكن القول بأن: البرنامج هو خطة محددة تهدف إلى تنمية قدرات الطفل وإكسابه مجموعة من المهارات والأنشطة والسلوكيات وفقاً لما يتناسب مع عمره الزمني ومستوى نموه يتخلل ذلك عمليات التقويم المستمرة للتعرف على مدى التحسن في قدرات الطفل.

وتتفق جميع هذه التعريفات على أن برنامج التدخل المبكر له الخصائص التالية:

1. خطة محددة.
2. يهدف إلى إكساب الطفل العديد من الخبرات والمهارات والأنشطة.
3. تتناسب تلك الخبرات مع مستوى نمو الطفل واحتياجاته.

4. يقدم من خلال المؤسسات الاجتماعية الخاصة بالأطفال.
5. يخطط البرنامج على شكل جلسات إرشادية تعليمية قائمة على التفاعلات وممارسة الأنشطة.
6. يعتمد على اشتراك الوالدين بشكل أساسي مع فريق من المتخصصين.
7. تتضمن تلك البرامج عمليات تقويم مستمرة للتعرف على مدى تحسن قدرات الطفل.

تطور البرنامج:

تأسس مشروع بورتيج عام (1969) عن طريق ما كان يسمّى آنذاك مكتب تعليم المعوقين، ونتيجة للكثير من جهود أعضاء مشروع بورتيج والأسر التي استفادت منه وفريق التدخل المبكر في أنواع متعددة من البرامج، وقد تم إعداد دليل بورتيج للتعليم المبكر ونشره عام (1972) وتمت مراجعة هذا الدليل عام (1976) بناءً على التغذية الراجعة الضخمة التي تم جمعها ممن استخدموا هذا البرنامج في كافة أنحاء الولايات المتحدة.

وقد تمت مراجعة الدليل مرة أخرى في عام (1996) بحيث يعكس التطور في نموذج بورتيج خلال العقدين الماضيين كذلك ليعكس أفضل الممارسات الراهنة في مجال التدخل المبكر والاستفادة بالتغذية الراجعة لأعضاء فريق العمل مع الطفولة المبكرة وأسرهم (وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، إرشادات الاستخدام، 1999).

وقد بدأ مشروع بورتيج في المملكة المتحدة نتيجة لسلسلة من ورش العمل التي تمت في إنجلترا وويلز سنة (1976). وقد التحق بورش العمل الأولية هذه ما يقرب من (80) شخصاً. وقد نما مخطط بورتيج بدءاً من تلك البداية من أساس العمل المكون من هؤلاء الحالمين والمتفائلين العاملين في رعاية الأطفال ليصير واحداً من أكبر النظم التي تقدم خدمات لصغار الأطفال من ذوي الإعاقة وأسرهم في المملكة المتحدة.

لقد حقق منهج بورتيج لمساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة نجاحاً مذهلاً منذ أن دخل إنجلترا آتياً من الولايات المتحدة الأمريكية، وقد أسس عبر السنوات العشر الماضية أكثر من (200) مشروع محلي لبورتيج في طول البلاد وعرضها، كما أنشئت جمعية بورتيج القومية سنة (1982) كمنتدى لتبادل الآراء ويرجع الطابع المؤثر

لهذا النمو السريع لبورتيج أكثر ما يرجع إلى كون بورتيج حركة شعبية تنتشر من خلال جهود المختصين المحليين والمتحمسين من العامة.

ولكن منحة DES للدعم التربوية للمشروعات التي من نوع بورتيج والتي تلقاها مشروع بورتيج سنة (1985) حققت الاعتراف الرسمي للاستخدام واسع النطاق للمشروع ولنجاحه الذي لا يحتاج إلى برهان ولسمعته التي أرسى دعائمها (وايت وكاميرون، **1993**).

وقد اتفقت مجموعة من العاملين في عدد من مراكز تأهيل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة على أهمية تنسيق الجهود فيما بينهم لتعريب المواد والأدوات المستخدمة في العملية التربوية والمتوافرة بلغات أخرى. وعلى ذلك في فبراير (1991) تألفت مجموعة عمل من ممثلين لمركز عين شمس للتأهيل التابع لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وجمعية الحق في الحياة ومركز سيتي التابع لجمعية كاريتاس وبمشاركة ممثلين عن مكتب هيئة أوكسفام بالقاهرة.

واتفقت هذه المجموعة على أن يكون باكورة عملها هو تعريب برنامج بورتيج للتربية المبكرة، حيث إن هذه المراكز كانت تستخدم بالفعل ترجمات عارضة لهذا الدليل افتقدت في معظمها للتدقيق والمواءمة مع ظروف التطبيق في الواقع المحلي إلى جانب عدم اكتمالها من حيث شمولها لمكونات البرنامج المختلفة (دليل الاستخدام والبطاقات وجداول الفحص). إضافةً إلى ذلك فإن الطبعة البريطانية لعام (1987) والتي تم الاعتماد عليها في هذا التعريب تختلف عن الطبعة الأمريكية لعام (1976) (والتي اعتمدتها ترجمات أخرى) وتشمل تطويراً بالغاً للقسم الخاص بمجال اللغة، وهو ما قامت الهيئة البريطانية بإضافات جوهرية عليه.

فالقسم الخاص باللغة تضمن جهداً علمياً في مواءمته مع طبيعة تطور النطق عند الأطفال المتكلمين بالعربية. وهو ما استدعي استشارات عديدة من مختصين في علوم اللغات المقارنة والتخاطب (وايت وكاميرون، **1993**).

ثم قامت كاميليا عبد الفتاح وآخرون بتمصير وتقنية هذا البرنامج سنة (1999) ونشره تحت اسم برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة بوزارة التربية والتعليم.

ماهية برنامج بورتيج:

البورتيج: هو خدمة تعليمية لأطفال ما قبل المدرسة، تعتمد على الزيارة المنزلية والدعم الزائد لاحتياجاتهم واحتياجات أسرهم.

الأسس التي قام عليها البرنامج:

يسعى نموذج بورتيج لتحقيق التكامل بين مدخل الأنساق الأسرية (Family Systems) وبين برنامج التدخل الخاص بعلاج طفل يوجد في بيئة معيقة لتطوره ويتشكل هذا النموذج من أربعة مبادئ رئيسة:

أ. الأسرة هي التي توجه عملية التدخل.

ب. جوهر عملية التدخل هو التفاعل بين الوالدين والطفل.

ج. أن النظام اليومي وعادات الأسرة واللعب تشكل أنماط حياة الأسرة، وهي الوسيط الذي يتم التدخل من خلاله.

د. تسجيل الملاحظات والحوارات الدائرة بين الوالدين وفريق العمل هو أساس القرارات التي تتخذ في عملية التدخل (وزارة التربية والتعليم، دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، إرشادات الاستخدام، 1999).

أهداف البرنامج:

الهدف من نموذج بورتيج هو:

1. تدعيم نمو لعب الأطفال الصغار، الاتصال والعلاقات.
2. تشجيع المشاركة الكاملة في الحياة اليومية مع العائلة وخارج المنزل.
3. الأمان والضمان في العالم الأوسع لكل الأطفال والأسر وكذلك حقوقهم، حيث إن الدعم المعطى خلال برنامج بورتيج مبني على مبدأ أن الآباء هم الأشخاص الأساسيون في العناية ونمو أبنائهم.
4. يهدف البرنامج لمساعدة الآباء على اكتساب الثقة في هذا الدور مهما كانت احتياجات أبنائهم.
5. توفير وتنمية المواد التعليمية الموجودة بالبيئة لتحقيق أفضل الفرص للتدريبات لكل من الطفل والأسرة (Herwing, Julia, 1993).

ومن أجل عمل هذا قدمت أعمال الزائرين المنزليين بجانب الآباء مساعدة عملية وأفكاراً لما يلي:

- جعل التعليم متعة لكل العائلة.
- تشجيع اهتمامات الطفل.
- مواجهة المواقف الصعب حلها.

آليات تنفيذ البرنامج:

يعتبر برنامج بورتيج نظاماً لتقييم حاجات صغار السن ممن يعانون تأخراً في النمو بما فيهم من يعاني من إعاقات حادة في التعليم، ثم يهتم بعد ذلك بتعليم تلك المهارات التي يحتاج الطفل إلى اكتسابها، ويستند نجاح برنامج بورتيج وشعبيته إلى أنه يتقبل دور الوالدين باعتبارهما شخصيات محورية في نمو الطفل، وبالتالي يتمركز هذا البرنامج حول المنزل والزائرة المنزلية التي تساعد الوالدين بالدعم وتقديم الاستشارات بكيفية مساعدة الطفل ليصبحوا أكثر فاعلية كمدرسين في أن يصبحا من خلال مشاركتهم لأطفالهم في منظومة تعليمية دقيقة تستجيب بطريقة مرنة لحاجات الفرد كما تتميز بالدقة في تنظيمها.

يستند برنامج بورتيج على أربعة أنشطة رئيسة:

1. زيارات منزلية أسبوعية تقوم بها زائرة منزلية مدربة.
2. أنشطة تعليمية مكتوبة أسبوعياً ومصممة بصورة فردية لكل طفل فرد ووالده.
3. التعليم والتسجيل يقوم به الوالدان.
4. إشراف أسبوعي من الزائرة المنزلية (وايت وكاميرون، 1993).

مكونات البرنامج:

1. عملية التشخيص: يشمل نموذج بورتيج على جهود مكثفة لتعريف مؤسسات المجتمع المحلي ببرنامج التدخل وتقوم كل مؤسسة بوضع محكات نجاحها على أساس طبيعة المجتمع الذي تخدمه والأنظمة السائدة وشروط مصادر التمويل وعدد الأسر التي يمكن تقديم الخدمة إليها (وزارة التربية والتعليم، دليل بورتيج، 1999).
2. التقييم البيئي: في كل البرامج يتم تقييم الأنشطة في بدايتها وتطويرها والأوضاع الحالية. هذا التقييم يتضمن نظرة واسعة للمصادر، والحاجات، واهتمامات المشاركين في البرنامج. وقد تم تقييم البيئات المتعددة والتي تتضمن المنزل والجيران والمجتمع. كما تمت دراسة تأثير التشريعات المحلية، القومية والدولية والنزعات الخاصة في هذه البرامج والتي تتضمن التدريب والمساعدة لخدمات المعلمين.

3. التخطيط البيئي: تم دمج تقييم المعلومات إلى خطة الخدمات. هذه الخطة يمكن أن تكون خطة لخدمة الأسرة بمفردها، والتدريب واتفاقية التقييم الفني، وخطة عمل الأسرة أو أدوات وخطط أخرى خاصة بالبرنامج. كل الخطط تتضمن أهدافاً وموضوعات وتسلسلاً للخطط صممت لإنجاز الهدف والموضوعات.
4. تنفيذ الخطة: كل برنامج له نشاطات محددة موظفة لتنفيذ الخطة البيئية. هذه الأنشطة تتنوع ويمكن أن تتضمن: الزيارات المنزلية، نقل خبرات المجموعة للأسرة، التدريب ومتابعة الأنشطة، اجتماعات تعاون الجماعة وتقديم المواد وأشياء أخرى عديدة.
5. تدعيم الإجراءات المتطورة: في كل برامج الخدمات يكون الاتصال المباشر بالمشتركين محدداً. تم تصميم البرنامج سواء أكان برنامج تدريب أم برنامج خدمة مباشرة بحيث يتطلب الانتباه إلى بناء البرنامج الذي يعتني بالفترات المهمة بين الاتصالات المباشرة.
6. حصيلة التقييم: يتم قياس حصيلة البرنامج من خلال إنجاز الأهداف والموضوعات المرسومة في خطط برنامج معين مع وضع معايير إضافية لكل برنامج مستقل. هذه القياسات يمكن أن ترتبط بالتغيرات في البرامج، الأطفال، والأسر.

تنظيم التعلم:

إن تجميع كل العناصر الرئيسة للبرنامج هو غلاف تنظيم التعلم. وقد تحقق الالتزام بالتعلم المستمر في عدة أنشطة منها: عملية التقييم، النمو المهني، تقديم المشاركة وفريق للإشراف والمساعدة (www.Portage.Org.UK,2003).

نواحي القوة والضعف في البرنامج:

نواحي القوة:

يتركز التقييم من خلال النموذج أساساً على الطفل، فالبيانات التي يتم جمعها تتعلق بالتغيرات ممكنة القياس في سلوك الطفل.

هذا وتندمج المراقبة الإيجابية المستمرة في النموذج من خلال اجتماعات العاملين من مختلف التخصصات مع بعضهم البعض واجتماع الفريق الموجه للعمل. وتوجد اتصالات

وثيقة مع كل الأفراد الذين يدعمون النمو الشامل للطفل ويهتمون به. وتحمل المسؤولية من مهام المشاركة على كل مستويات النموذج، فكل الأعضاء يحددون الأدوار المساهمة بوضوح ويتفاوضون حولها ويتفقون عليها.

كما يفي نموذج بورتيج بروح قانون التعليم في المملكة المتحدة لسنة (1981) ومتطلباته خصوصاً من الأوجه التالية:

1. توفير استعدادات تعليمية عالية القيمة للطفل ذي الحاجات التعليمية الخاصة في سن ما قبل المدرسة.
2. الحصول على المشورة التربوية لوضعها ضمن أي تقرير عن ما يلزم.
3. ضمان المشاركة الوالدية الفعالة.

ومرونة النموذج تعطي له إمكانية الاستجابة للاحتياجات شديدة التنوع للأسرة ولكل طفل على حدة وتضمن بنيته عملاً مثمراً من خلال البرامج التعليمية. كما توفر الزيارات المنزلية المنتظمة دعماً وجدانياً للأسرة في المنزل وتعمل كقناة لنقل المعلومات بينها وبين الوكالات القانونية. وتوفر التغذية الاسترجاعية من المستهلك بيانات تدخل تطورات مستمرة إلى الخدمة (وايت وكاميرون، 1993).

نواحي الضعف:

استخدم نموذج بورتيج بنجاح مع مجموعات كثيرة في المملكة المتحدة منذ إدخاله سنة (1976)، وقبل أن تدعم الحكومة النموذج سنة (1985) أدت المبادرات المستقلة إلى إنشاء ما يزيد عن (150) مشروعاً لبورتيج في مختلف أنحاء البلاد مصممة كلها كي تخدم الأسر في تربية طفل صغير ذي احتياجات خاصة وقد استخدم النموذج بالإضافة إلى ذلك في المدارس وفي محيط المساكن التي تقدم رعاية داخلية بنفس القدر من النجاح.

وقد تم الاعتراف بقوة النموذج في التطبيق العملي على نطاق واسع، ورغم ذلك وكما يحدث مع كل الأفكار الجديدة كان هناك عدد من التحفظات التي أبداها كل من المهنيين المتخصصين وغيرهم من العاملين جنباً إلى جنب مع خدمات بورتيج أنفسهم، وقد حددت تلك الانتقادات البعيدة كل البعد عن تقديم مشكلات صعبة نقاط البدء الضرورية المؤدية للتغيير والنمو خاصة في المجالات الآتية:

1. اكتساب اللغة باستخدام نموذج بورتيج.

2. تعليم الطفل شديد الإعاقة.
3. مساعدة الأطفال على تعميم المهارات التي تم تعلمها.
4. مساعدة الوالدين على الاستجابة للمشكلات الشخصية المتعلقة برعاية طفل صغير معوق.

حدث ذلك العمل استجابة مباشرة لمشكلة محددة في منطقة بعينها وساعد النقد على وجود قوة دافعة للتغيير، وقد تمكنت إجراءات التقييم المدمجة داخل النموذج والتي تعمل من خلاله من أن يصير حساساً للاحتياجات المتنامية وتعطي السهولة النسبية التي تندمج بها أي تغيرات ناتجة في ممارسات بورتيج بياناً عملياً عن فائدة بنية بورتيج لتقاسم الأفكار والتطورات الجديدة.

وقد وجهت انتقادات أخرى أكثر عمومية إلى الآثار بعيدة المدى للتعليم في سن ما قبل المدرسة وإلى حكمة رفع التوقعات الوالدية لإمكانيات النمو الكامنة لدى طفلهم.

المستفيدون من البرنامج:

قد ترغب كل أسرة لديها طفل ذو حاجة خاصة في سن ما قبل المدرسة أن تُعطي حق اختيار خدمة تعليمية عن طريق الزيارة المنزلية.

ويحتمل أن يؤثر عاملان على الحاجات المحلية وهما:

1. وجود خدمات أخرى متاحة للسن قبل المدرسي.
2. طبيعة مشكلة كل طفل سواء من ناحية الإعاقة أو مشكلات التعلم.

وسيؤثر توفير خدمة بورتيج كإحدى الخدمات الداخلة في نطاق الخدمات المقدمة للسن قبل المدرسي تأثيراً واضحاً على احتمالات اللجوء إلى أي خدمة مقدمة، ولكن يجدر التأكيد على أن الخدمات التي تقدم دعماً تربوياً منذ الميلاد فصاعداً قليلة، وقد ظهر أن احتياجات الأسرة أثناء السنوات المبكرة من حياة الطفل كثيرة وقد استخدمت خدمات بورتيج على نطاق واسع خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل.

ورغم أن الأطفال ذوي الصعوبات الشديدة في التعليم قد شكلوا أكبر المجموعات التي تتلقى دعم بورتيج في المملكة المتحدة، فإن نموذج بورتيج قد استخدم في الولايات المتحدة الأمريكية لتلبية حاجات مجموعة أكثر تنوعاً من الأطفال تشمل

هؤلاء الذين ترجع حاجاتهم في البداية إلى الشروط الاجتماعية والبيئية الرديئة (وايت وكاميرون، 1993).

القائمون على تنفيذ البرنامج:

تعتبر خدمات بورتيج التي تقدم المعونة للوالدين متعددة التخصصات مما ينعكس في كل مستويات الخدمة. فزائرات المنازل يأتين من وزارات التربية والشؤون الاجتماعية والصحة ويتلقى أعضاء هذه الخدمات والذين لديهم خبرات في التعامل مع العائلات والأطفال برامج تدريبية عملية كي يقوموا بدورهم كزائرات منازل.

وتضمن أجهزة تقديم الدعم والممثلة في فريقي الإشراف والإدارة عملية المتابعة والرعاية الدقيقة والاستعداد للتدخل في حل أي مشكلات يواجهها فريق الزائرات.

أما زائرات المنازل فهن عادة من المعلمات ومشرفات الحضانات، الزائرات الصحيات، المشرفات الاجتماعيات، الأخصائيات الاجتماعيات، أو متطوعات ممن لديهن خبرة مناسبة. ويوصي بضم طبيب معالج إلى هذا الفريق إذا سمحت الإمكانات. فزائرات المدارس المتخصصات في علاج عيوب الكلام وفي العلاج المهني وخدمات العلاج الطبيعي كل هؤلاء أعضاء لا غنى عنهم.

وتوفر بعض الفرق الإدارية فريقاً متعدد التخصصات بأن تجعل موظفين رئيسين يتولون عدداً صغيراً من العائلات كجزء من العمل المكلفين به ويحدد عدد من ساعات العمل التخصصي يتم فيها لفريق بورتيج توزيع الأطفال حسب الوقت المتاح، ويتكون كل فريق من إداري ومشرف أو زائرة منزلية كجزء من عبئهم اليومي.

يمكن لأي عضو من المشاركين في تقديم الخدمة القيام بدور المشرف وتعد الخبرة في استخدام أساليب التعليم التي يعرضها النموذج أساساً قوياً لتولي دور الإشراف، ولقد اكتشف الكثير من أعضاء فريق بورتيج أن الأخصائيين النفسيين التربويين أو المعالجين لديهم تلك الخبرة لكن معلمي التربية الخاصة والمتخصصين في الرعاية الذين يعملون مع المعوقين عقلياً وكذلك المتطوعين الذين لديهم خبرات مناسبة كل هؤلاء يستطيعون تولي مناصب الإشراف بنجاح.

أما فريق الإدارة فهم المديرون المباشرون للعاملين في بورتيج من جميع التخصصات المشاركة والشكل المثالي لهيئة الإدارة يضم أعضاء من الصحة والخدمات الاجتماعية وإدارات التعليم، وكذلك من أعضاء ممثلين لأي هيئة لأطباء

الأطفال، رئيسات التمريض (يقومون بزيارات لتقديم خدمات صحية ولرعاية المعوقين عقلياً)، ومن المعالجين ذوي الخبرة ومستشاري التعليم والأخصائيين النفسيين التربويين ذوي التخصصات النوعية والمدرسين الأوائل والأخصائيين الاجتماعيين القدامى ووجود الآباء في هذا الفريق أمر حيوي لأنهم يمثلون أطفالهم المستفيدين من الخدمة (وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، الدليل العملي، 1999).

معايير تطبيق البرنامج:

كان المعيار الأصلي الواجب وجوده لدخول أي طفل في مشروع بورتيج بويسكونسون أن يظهر الطفل سلوكاً مساوياً للتأخر بمقدار سنة واحدة عند مقارنته بمجموعة من رفاقه في أحد مجالات النمو المبينة بجدول بورتيج للفحص، وقد لا تبدو الوسائل التعليمية الدقيقة التي يستخدمها النموذج ملائمة في كل الحالات للأطفال الذين يتأخرون قليلاً في الوصول إلى مراحل الحياة العادية، وقد أخذ بعين الاعتبار أن تكون سنة واحدة هي أدنى تأخر مؤهل للطفل للالتحاق ببورتيج.

وإذا طبقنا التأخر لسنة واحدة على مجالات كمجالات النمو الاجتماعي أو نمو اللغة فيحتمل أن ينتج عن ذلك وجود قطاع أكبر من الأطفال المؤهلين للالتحاق بخدمة بورتيج يزيد عما يمكن أن تدعمه الموارد الحالية، ونتيجةً لذلك ركزت الممارسة في المملكة المتحدة على الأطفال ذوي الظروف المعوقة المعترف بها (مثل متلازمة داون) أو الذين يساوي تأخرهم سنة واحدة في أكثر من مجال من مجالات جدول الفحص الذي يعمل في ويسكونسون في منطقة صحية تغطي (2000000) نسمة ويستخدم المعايير العامة أن (15 ـ 20) أسرة سوف تتطلب خدمات بورتيج ويعتبر هذا التقدير الآن متحفظاً و(25 ـ 30) أسرة دليل أكثر جدوى.

ومن الجدير بالملاحظة أن اعتراف لجنة وارنوك بأن (20٪) من السكان يتطلبون مساعدة متخصصة في وقت ما بين الميلاد وسن (18) سنة يفتح الباب لاحتمالات أكثر بكثير للجوء إلى خدمات بورتيج.

والعوامل الأربعة الرئيسة التي يجب وضعها في الاعتبار عند تحديد الأولوية هي:

أ. سن الطفل.

ب. شدة المشكلة.

ج. مدى إتاحة خدمات أخرى.

د. عدد الأسر التي يحتمل أن تتطلب الدعم.

محتويات البرنامج:

- **جداول فحص بورتيج:** أضفي عليها الطابع الإنجليزي وروجعت وقد أدمجت فيها المواد المأخوذة من جدول ويسكونسون المنقّح عن بورتيج لفحص اللغة.
- **بطاقات بورتيج:** أضفي عليها الطابع الإنجليزي وروجعت وقد أدمجت البطاقات المأخوذة عن جدول ويسكونسون المنقح عن بورتيج لفحص اللغة ضمن قسم اللغة الخاصة بالبطاقات الجديدة.
- **دليل الوالدين للتربية المبكرة:** روجع ليشمل الطبعة الجديدة لبطاقات بورتيج في شكل كتاب سهل التداول وقد كتب الكتيب وصمم ليخدم عدداً من الأغراض تعكس ثراء بورتيج ومرونته.

ويمتاز الكتيّب بالميزات الآتية:

أولاً: يوفر الكتيب دليلاً أساسياً عملياً لطريقة بورتيج، وكيف تستخدم مواد بورتيج، وكيف يعد مشروع من مشروعات بورتيج، حيث إن من يستخدمون بورتيج يشملهم نطاق التنوع ينتشر عبر طيف واسع من المتخصصين المهنيين في مجالات التربية والصحة والخدمة الاجتماعية، بالإضافة إلى المساعدين من العامة والآباء والأمهات، فقد كتب الدليل عن قصد بأسلوب مفهوم للعامة.

ثانياً: انتشر بورتيج إلى حد بعيد بواسطة تقديمه عن طريق ورش العمل، إذ تعتمد فرق بورتيج المحلية بصفة منتظمة لقاءات لتدريب الزوار المنزليين الجدد ولإشراك الآباء والأمهات حديثي الالتحاق وللعمل على استثارة الأفكار الجديدة.

ثالثاً: يعكس ذلك الدليل حقيقة أن بورتيج ليس مجرد برنامج تعليمي قائم على بعض المواد لكنه ناتج مثمر لدمج عدد من الطرق النظرية والعملية التي تعنى برعاية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم.

ويجب على من يستخدم بورتيج أن يفهم تلك الخلفية النظرية الأكثر اتساعاً إذا رغب في تحقيق أقصى فائدة من استخدام مواده:

- جدول بورتيج للفحص.
- مدخل لتعديل المشكلات السلوكية: يتضمن مدخل واستراتيجيات لتعديل السلوك غير السوي عن طريق استخدام طريقة بسيطة لا تعتمد على تقنية عالية.

- نموذج بورتيج التعليمي: يوضح هذا النموذج مراحل عملية التعلم وكيفية استخدام اللعب في عملية التعلم لاكتساب المهارات المختلفة (القمش، 2011).

قبل البدء في معالجة مشكلة كيف يمكننا أن نعلم صغار الأطفال ذوي الحاجات الخاصة نحتاج إلى معلومتين: ما الذي يمكن للطفل أن يفعله الآن؟، وما الذي نأمل أن يتمكن الطفل من فعله في مرحلة مقبلة نتيجة لتعليمنا إياه؟، ولا غنى عن معلومات تتعلق بمستوى المهارة الحالي للطفل، حيث إنها لا تشير فقط إلى الأهداف التعليمية المرجحة في المستقبل بل إنها تمدنا أيضاً بتقييم أولي يمكن أن نقارن عليه التقدم في المستقبل، وبعبارة واضحة فلكي يتم تنفيذ تلك الوظائف بفاعلية لا بد أن يتم تركيز إجراءات التقويم المستخدمة على المهارات القابلة للملاحظة والمفيدة في أهم مجالات نمو الطفل وخاصة مجالات الرعاية الذاتية والتنشئة الاجتماعية واللغة والمجال الإدراكي (مهارات ما قبل المدرسة) والحركي.

كما يجب أن يكون التقويم مستمراً على عكس ما هو حال الحدث الذي يتم مرة واحدة ثم ينتهي وفي حالة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في السن ما قبل المدرس يرجح أن يتم إدخال استخدام جداول الفحص القائمة على أساس أحداث النمو الفاصلة في حياة الطفل العادي أو المتوسط. وجدول فحص بورتيج أداة نموذجية لتنفيذ مثل هذا التقويم وإرساء الأهداف التعليمية.

استخدام جدول بورتيج للفحص:

توجد عدد من مجالات النمو الأساسية يمكنك أن تختار منها كي تعلمها للطفل، وثمة مسألتان مهمتان للمدرس والطفل هما:

الكيفية التي ستختار بها المجالات ذات الأولوية، المهارات المتخصصة التي تعلمها بعد أن يقع اختيارك على المجال. ولا يمكن الانتقال إلى مجال الاهتمام النهائي - كيف سنعلم المهارات المختارة بنجاح قبل أن تُحل هاتان المسألتان.

التقويم:

وصف جدول بورتيج للفحص:

ينقسم جدول بورتيج للفحص إلى خمسة أقسام رئيسة:

1. التنشئة الاجتماعية.

2. الرعاية الذاتية.
3. المجال الإدراكي.
4. المجال الحركي.
5. اللغة.

ترد قائمة المهارات المهمة في كل قسم بالترتيب الذي يكتسبها به معظم الأطفال، ويكون مداها السنوات الست الأولى من نمو الطفل الطبيعي، ويوجد قسم واحد إضافي (تنبيه الرضيع) يتكون من سلسلة من الأنشطة يمكن أن ينفذها والد أو مدرسو الأطفال الصغار جداً في السن أو المفرطين في عدم النضج. وتقوم عملية إتمام ملء الأقسام المعينة بجدول الفحص بتمكين الوالدين والمعلمين من التعرف على بعض المهارات الجديدة التي ظهرت بوادرها والتي قد يكون الطفل بادئاً في تعلمها.

ولكل قسم من أقسام جدول بورتيج للفحص شفرة لونية لزيادة تيسير التوصل إلى مختلف أقسامه، وكل أقسام جدول الفحص مخططة بنفس الطريقة ويسهل بالممارسة تعلم كيفية ملء جدول بورتيج للفحص من أجل اكتشاف ما الذي يمكن للطفل أن يعمله فعلاً وأي مهارات في طريقها للبزوغ، وأين تقع مجالات الضعف وما هي المهارات التي يمكن أن يتم تعليمه إياها في المستقبل.

تقديم جدول الفحص:

عند الشك في تأخر نمو الطفل في مجال أو أكثر من مجالات النمو يتم البدء تقريباً عند نقطة تحت مستوى عمره الزمني بسنتين إذا أمكن ذلك. أو بمعنى آخر قد يكون من الأفضل بالنسبة لابن الثالثة أن يتم البدء بملء جدول فحص عند قسم (صفر ـ 1) سنة من العمر وعند بدء التقويم يجب أن يتمكن الطفل من أداء (10 ـ15) بنداً على الأقل قبل نقطة البدء. وإذا حدث أدنى شك حول نقطة البدأ المناسبة لتقويم المهارات المكتسبة يتم البدأ من البداية ومن المهم أن يتم ذلك للتأكد من عدم إغفال أي مهارة لا يتمكن الطفل من أدائها وقائمة المهارات مرتبة تبعاً لتسلسل النمو بحيث إذا فاتت الطفل إحدى المهارات المبكرة في التسلسل فيمكن أن تعلمه إياها أولاً نظراً لأهميتها لتعليم المهارات اللاحقة.

هناك سبب وجيه آخر للتأكد من تمكن الطفل من أداء (10 ـ 15) بنداً أو أكثر قبل نقطة البدء، يقرر معظم الوالدين أن تقاسم المعلومات حول ما يتمكن الطفل بالفعل من عمله بطريقة شديدة الإيجابية لبدء برنامج علاجي تعليمي.

وغالباً ما تركز إجراءات التقويم التي يستخدمها الأطباء والأخصائيون النفسيون وغيرهم على ما لا يتمكن الأطفال من عمله، وكل المدربين الناجحين يعرفون أن من المهم لكل امرئ أن يكتشف بدقة ما الذي تعلمه الطفل بالفعل قبل أن يمكنه اتخاذ قرارات عن ما سيعلمه له. وعند ملء جدول الفحص من المهم أن يطلب من الطفل أن يؤدي كل سلوك من السلوكيات كما نص عليه بالضبط. ويجب أن يتمكن الطفل من أداء السلوك بسهولة ودون مساعدة، وعندما يطلب منه ذلك كي يتم تسجيل نتيجة له في عمود وجود السلوك ما لم ينص على غير ذلك. ويمكن أن يكون استخدام بطاقات بورتيج للأنشطة مساعداً جداً عند تقرير ما إذا كان السلوك سيحصل على نتيجة تسجل أم لا، وتقترح البطاقات عدداً من الطرق التفصيلية التي يجب أن يتمكن الطفل بها من أداء المهارة الواردة بالقائمة، ولاستخدام البطاقات أهمية خاصة عندما يكون السلوك الوارد بجدول الفحص مجرد مختصر للمهارة المطلوبة.

متى يتم التوقف؟

يستمر الشخص الذي يقوم بملء جدول الفحص في تقويم السلوكيات إلى أن يصل إلى نقطة لا يتمكن الطفل عندها من أداء المزيد من البنود. إذا أخطأ الطفل في حوالي عشر بنود في صف واحد فليس مهماً أن يتم الاستمرار في التقويم في ذلك المجال.

مدخل لتعديل المشكلات السلوكية (تعديل السلوك غير السوي):

معظم العمل الذي يجري مع الأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة في السن ما قبل المدرسي من النوع التعليمي وهو مصمم لمساعدة الأطفال على اكتساب أو ممارسة مهارات حياتية مفيدة ومهمة مثل ارتداء الملابس وعقد الصداقات والجلوس أو المشي واستخدام اللغة وفهمها أو مهارات السن ما قبل المدرسي مثل التلوين أو المضاهاة، ولكن في بعض الأحيان قد تعطى الأولوية للمشكلات التي يواجهها الوالدان والمدرسون المنزليون بخصوص تعديل السلوك غير السوي أو غير الملائم.

يتخذ السلوك غير السوي هيئات عديدة مختلفة، فقد يقذف الطفل بالأشياء في أنحاء غرفة المعيشة أو بعض أفراد الأسرة الآخرين أو يركلهم أو يصرخ أو تنتابه نوبة غضب عندما يقول أحد والديه "لا" أو يوقظ أفراد الأسرة الآخرين عديداً من المرات كل ليلة، أو قد يسبب الطفل بدلاً من ذلك أذى لنفسه عن طريق عض نفسه أو خبط رأسه.

ويبدو أن بعض الطرق التقليدية للتعامل مع مثل هذه السلوكيات غير فعالة وغير ذات كفاءة إلى حد بعيد (كالعلاج النفسي مثلاً) وثمة طرق أخرى فجة ومشوشة (كالعلاج بالعقاقير القوية مثلاً). وكان لبعضها الآخر أثر مشؤوم على الأسرة بأكملها (كإبعاد الطفل عن المنزل مثلاً)، وتكمن مشكلة كل هذه الطرق في أنها تميل كلها لتحديد موضوع السلوك المشكل على أنه يقع داخل الطفل.

وقد أظهر الأخصائيون النفسيون حديثاً بالدلائل العلمية أنه من الأجدى أن يتم فحص الموقف المشكل بدلاً من التركيز بالكامل على المتغيرات التي تحدث داخل الطفل، والبدائل لتلك الطرق التقليدية قليلة، ومع ذلك يضع برنامج بورتيج طريقة بسيطة لا تعتمد على تقنية عالية لكنها رائعة كمدخل لمشكلات السلوك غير السوي وهي طريقة يمكن للوالدين وللمدرسين المنزليين استخدامها لفحص المواقف المشكلة والاتفاق على استراتيجيات للتغيير تقوم على احتياجات كل فرد على حدة، وتتعلق بسياق المواقف وتشمل أقل ما يمكن من التدخل، حيث تدخل الطريقة إذن بالضبط مع بنية نموذج بورتيج التعليمي وفلسفته وممارسته وتلاؤمه.

أبجديات المدخل إلى مشكلات السلوك:

ليس هناك من ينكر على وجه الخصوص زائر بورتيج المنزلي، الحقيقة الناصعة التي تقول إن الناس على درجة عالية من التعقيد وأن الأفراد المعقدون وعلاقات التداخل بين الناس (خاصة بين الوالدين والأطفال) أكثر تعقيداً وتشابكاً. ومع ذلك فثمة طريقة لتبسيط ما يجري من التفاعلات البشرية المعقدة، وللنظر بطريقة أكثر موضوعية إلى سياقات المشكلات ذات الطبيعة المعقدة، يعرف ذلك ببساطة باسم أبجديات السلوك.

توجد ثلاثة أوجه للسلوك تعرف باسم "شروط التحكم" يمكن تلخيصها كما يلي:

أ. السوابق: هي الأحداث المؤدية إلى سلوك ما (مثلاً: ما الذي أثار السلوك المشكل؟) أو بكلمات أخرى من الذي فعل (أو قال، أو لم يقل، ماذا؟).

ب. الخلفية: الإطار المادي للسلوك أو موقعه (مثلاً من الذي كان موجوداً هناك في ذلك الوقت؟ أين حدث ذلك؟ متى حدث ذلك؟).... إلخ.

ج. العواقب: هي الأحداث التي وقعت فوراً عقب حدوث السلوك (مثلاً: كيف تم التعامل مع السلوك المشكل؟ ما الذي فعله الناس الآخرون؟)... إلخ.

يركّز تسجيل تلك المعلومات على أوجه الموقف المشكل التي يمكن تغييرها وإذا أردنا الكمال يجب أن تستغرق جميع تلك المعلومات فترة من الزمن (يوصى بأسبوع على الأقل).

يسمح تجميع الدلائل تحت تلك العناوين للوالدين وللمدرسين المنزليين بأن يضعوا في اعتبارهم الشروط الضابطة التي يمكن تغييرها بالنسبة لسلوك مشكل معين.

إستراتيجيات مفيدة لتعديل السلوك غير السوي:

لا تدعو الحاجة غالباً لاستخدام طرق معقدة أو مستهلكة للوقت أو مشددة لتغيير السلوك غير المرغوب فيه. فكّر ملياً في بعض الاستراتيجيات الواردة بالقائمة التالية:

يمكن في المعتاد استخدام واحدة منها أو دمج استراتيجيتين أو أكثر معاً لتعديل سلوك مشكل معين بنجاح، فالاستجابة البسيطة للمشكلة غالباً ما تكون أكثر الاستجابات مناسبة.

- تغيير السوابق:

1. السبق باحتلال الموقع المشكل.
2. إعطاء قواعد واضحة.
3. إعطاء إنذار مبكراً.
4. بث الأخبار الجيدة بدلاً من الأخبار السيئة.

- تغيير الخلفية:
1. إبعاد الإغراءات.
2. تغيير الإطار.
- إدخال تلقين سري.
- تغيير العواقب:
1. تجاهل السلوك "السيئ" ومدح السلوك "الطيب" (الانتباه التلقائي).
2. ضبط الطفل وهو يحسن السلوك.
3. إعادة الوضع إلى ما كان عليه والإفراط في التصحيح.
4. الكبح.
5. انقضاء الوقت.

تعليم المهارات المتنافرة:

توجد استراتيجية واحدة لم يتم ذكرها بعد للتعامل مع السلوك غير السوي وهي إمكانية تعليم الطفل شيئاً مفيداً بدلاً من ذلك السلوك. وهناك اتفاق عام الآن بين الزوار المنزليين والمشرفين على ضرورة أن تكون تلك الاستراتيجية هي أول الاستراتيجيات التي تلجأ إليها عند طلب المساعدة في تعديل سلوك غير سوي.

ومن المقبول الآن أن أكثر الطرق فعالية وأقلها قيوداً للتعامل مع أي نوع من أنواع السلوك غير السوي هي محاولة زيادة تواتر أي نشاط متعارض مع النشاط المشكل.

مثلاً: دفع الأطفال الأصغر سناً وإيقاعهم تقابلها لعب لعبة ناجحة مع طفل أو اثنين أصغر سناً (الجوالده والقمش، **2012**).

تقييم خدمة بورتيج:

التقييم الداخلي للخدمة:

إن أحد ملامح أسلوب الرعاية غير العادية والتي تميزه عن الأساليب الأخرى هو المجهود الكبير المبذول وتنسيق المعلومات داخل الخدمة نفسها واستخدام المعلومات للحفاظ على مستوى الخدمة أو تحسينها، والعنصر الإيجابي المهيمن على أسلوب رعاية يكفل ضمان عدم الاكتفاء بجمع المعلومات، ولكن بتداولها بيسر بين كافة المستويات القائمة بالخدمة (وزارة التربية والتعليم، برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، الدليل العملي، **1999**).

هذا ويمكن أن يتخذ مثل ذلك التقييم الذاتي من داخل بورتيج أشكالاً عديدة مختلفة لكل منها غرض مختلف:

1. للحكم على فعالية خدمة بورتيج: أي هل هي ناجحة.
2. لتقييم مدى قيمة خدمة بورتيج: أي ما هو مدى جودة تلبيتها لاحتياجات الأسر التي لديها أطفال ذوو حاجات خاصة في سن ما قبل المدرسة.
3. لضمان استمرارية خدمة بورتيج: أي الحفاظ على استمرارية أفضل أوجه خدمة بورتيج الموجودة حالياً وأكثرها قيمة.
4. لدعم تنمية الخدمة أي لتوليد نواحي التحسن في نموذج بورتيج ومواده لزيادة مهارات الولدين والزائرين المنزليين والمشرفين وأعضاء الفريق الإداري.

وبينما يظل أرجح الاحتمالات هو أن تهتم معظم خدمات بورتيج بتقديم نفسها من داخلها على مستوى الاستمرارية فإنها ما تزال في حاجة إلى تصديق خارجي عليها من الأبحاث ومشروعات التنمية التي تؤدي إلى حدوث التحسن والإضافات والتوسعات في نموذج بورتيج.

إن المعلومات التي يسجلها الوالدان عن الأنشطة التعليمية يوماً بيوم والتي يتم تجميعها على استمارة بورتيج للنشاط تشكل مصدراً ثميناً للبيانات.

ولا بد في المقام الأول من فحص استمارات النشاط المكتملة البيانات بدقة في الاجتماع الأسبوعي للعاملين وإلقاء الأضواء على وجهين من أوجهها وهما:

أ. مكونات استمارة النشاط التي إما أن تكون نموذجية تصلح للاقتداء بها أو بارعة بشكل خاص أو تحتمل أن تؤدي إلى نجاح استمارة النشاط.

ب. مكونات استمارة النشاط التي يمكن تغييرها أو تحسينها لضمان نتيجة ناجحة لنشاط تعليمي سابق غير ناجح.

بيان عن مدى التقدم:

يمكن أن تسجل تفاصيل استمارة النشاط وأن تستخدم مع غيرها من استمارات النشاط مكتملة البيانات ليشكلوا أساساً راسخاً للتخطيط المقبل لمنهج معد للطفل كفرد متميز ويمكن استخدام تفاصيل استمارات النشاط لكل الأطفال الذين يتلقون

خدمة بورتيج عند جمعها معاً لبيان تقدم الأطفال عبر فترة زمنية، ويمكن أن توفر تلك المعلومات ملخصاً لاجتماع الفريق الموجه للعمل.

التقييم الخارجي للخدمة:

سيتم تناول ثلاثة أنواع كبرى من التقييمات الخارجية التي تم تحديدها سابقاً، وهي: تقييم الفعالية، وتقييم القيمة، والبحوث والتنمية.

1. تقييم الفعالية:

تحاول الدراسات الواقعة في هذه الفئة أن تجيب على أسئلة إلى أي درجة نجح نموذج بورتيج في تحقيق أهدافه أو أين موقعه بالمقارنة مع الطرق الأخرى لمساعدة الأسر التي لديها طفل ذو احتياجات خاصة في السن ما قبل المدرسي.

وقد حاول الباحثون أن يفعلوا ذلك بفحصهم لأثر خدمة بورتيج على كل من الأطفال والوالدين.

أ. **الأثر على الأطفال:** وذلك من خلال:

1. باستخدام اختبارات معيارية لقياس تقدم الأطفال على مدى فترة معينة.
2. مقارنة تقدم الأطفال الموجودين تحت رعاية خدمة بورتيج بالأطفال الذين تلقوا نوعاً مختلفاً من المساعدة (الذين يترددون مثلاً على مدرسة خاصة أو يتلقون خدمات قائمة على نظم المستشفيات).
3. المقارنات ذات الخطوط القاعدية المتعددة: أخذ قياس قاعدي لمهارة الطفل ثم قياس تقدم الطفل في وقت لاحق لذلك، ثم قياس تقدم الطفل بعد تلقيه لخدمة بورتيج لفترة من الزمن وأفضل الدراسات المعروفة من ذلك النوع هي التي قام بعملها رفيل وبلوندين (1979) بيدر وآخرون (1982).
4. التقييم على أساس الأهداف، أي محاولة الإجابة على أسئلة: ما هي الأهداف الرئيسة لخدمة بورتيج؟، وبأي درجة من النجاح تحرز تلك الأهداف؟، وأفضل مثال لذلك النوع من الدراسات إلى حد بعيد هو التقييم الذي قام بعمله مشروع ويسكونسون لأبحاث بورتيج الذي وصف الشهور الستة الأولى من إدخال نظام بورتيج إلى المملكة المتحدة، وقد أنتجت كل هذه الأنواع الأربعة من التقييمات نتائج مشجعة بشكل ملحوظ لطريقة

بـورتيج، وقـد روجعـت نتـائج تلـك البيانـات البحثيـة العامـة المتعلقـة بنمـوذج بورتيج مراجعة مفصلة قام بها كاميرون (1986) وتوبينج (1986).

ب. الأثر على الوالدين: لا يعرف إلا القليل نسبياً عن الأثر على الوالـدين، حيـث إن معظـم المجهـودات البحثيـة مالـت إلى التركيـز علـى آثـار التـدخل المبكـر علـى الأطفـال ذوي الحاجـات الخاصـة، ومـع ذلـك قـام البـاحثون العـاملون علـى تقيـيم نظم بورتيج للتعليم المنزلـي بكـم قليـل مـن العمـل في ذلـك المجـال، وتـشير نتـائج عملـهم إلى أن خدمـة بـورتيج يمكنهـا أن تـشجع تنميـة اتجاهـات أكثـر إيجابيـة نحو مشكلات تربية طفل معوق، وأن تقلل من مشاعر الاكتئاب والقلق وتنمي ثقة الوالدين المتزايدة في معلومات طفلهم المعوق وتزايد مهاراته في التعليم.

ومن الواضـح أن هـذا المجـال يمكـن إجـراء المزيـد مـن الأبحـاث فيـه وينبغـي عمـل ذلـك خاصـة، وأن الأهـداف الأولى لخدمـة بـورتيج للتعليـم المنزلـي همـا الوالـدان اللـذان يعلمان الطفل بدورهما.

2. تقييم القيمة:

تضمنت العديد من دراسات بورتيج الـتي نفذت علـى مـستوى محلـي عينـة مـن آراء الوالـدين. تلقـى تلـك الـسمة الـضوء علـى أهميـة الوالـدين في نمـوذج بـورتيج حيـث تقـع البيانات المستمدة من الوالدين في مركز عملية التعليم المنزلي.

وقد وضع سميث وزملاءه الذين نفذوا أول تقييم لبورتيج استبياناً للوالـدين ضـمن عملـهم كجـزء مـن بياناتهم، وقـد بينـت العديـد مـن التقييمـات المحليـة للمـشروع ذلـك الاستبيان، وحيث إن ذلك الاستبيان قد مضى عليه فترة زمنية طويلة الآن فيقترح أن يتم تغييره وتعديله ليناسب الاستخدام وأن يتم مراجعة بعض بنوده.

وقد صمم أعضاء خدمة بورتيج في بازينجستوك ونورث هامبشاير (1986) واحـدة مـن أكثـر نـسخ ذلـك الاسـتبيان حميميـة بالنـسبة للمـستخدم وقـاموا باسـتعمالها كمـا جرت أيضاً بعض المحاولات الطموحة أكثر من ذلك لربط آراء الوالدين بتقديم الخدمـة المحسنة.

وقد بدأت ميات (1983) في تقييمها لمشروع بورتيج في ساوث ليكلانـدبكومبريا بافتراض أن اتجاهـات الزائرين المنزليين والوالدين ستؤثر في عملية التعليم المنزلـي، وقـد

صممت الطريقة التي استخدمتها والتي قدمتها في دراستها بإسهاب ملحوظ لتحديد العناصر الأساسية للعلاقات الناجحة بين الوالد والزائر المنزلي، وقد استخدمت ميات كي تفعل ذلك تنويعة من مصادر البيانات خاصة آراء الوالدين.

وقد اعتمد إيالبندر (1982) في تقييم خدمة بورتيج التطوعية في سوثهامبتون على ملاحظات كل المشاركين في بورتيج الوالدين والزائرين المنزلين والمشرفين وأعضاء الفريق الموجه للعمل، ويمكن أن يستخدم المشاركون في خدمة بورتيج الحالية طريقة إيالبندر في الربط بين استجابات الناس من تلك المستويات المختلفة والتي تحدد أوجه الممارسة الجيدة في فحص وتقديم خدمتهم وتحسينها (الجوالده والقمش، 2012).

البحوث والوالدان:

دارت مناقشات مهمة كثيرة بين متلقي خدمات بورتيج بخصوص فائدة المكونات الخاصة لممارسة بورتيج بما في ذلك الأنشطة غير الرسمية التي تنفذها الأسر والزائرون المنزليون إلى جانب البرامج التعليمية المنظمة، ومع وجود عدد من التحقيقات المفيدة عن ملاحظات الأسرة عن مشاركتها في خدمة بورتيج إلا أن كل هذه البحوث تأتي من خارج الأسرة، وقد أتت استجابة الأسرة من خلال الأسئلة التي ابتكرتها خدمة بورتيج أو من خلال بحث منفرد وهناك مخاطر واضحة، كما هو الحال مع كل تحقيقات الأبحاث وهي أن تغفل البيانات المجموعة مجالات مهمة لموضوعات البحث لأنها تقع خارج نطاق خبرة الباحث ولا يمكن للأسرة ذاتها أن تعرف ما يجري داخل إطار المنزل وما الذي تعتبره مهماً إلا إلى حد ما.

وقد أدى الوعي بمشكلة الحصول على صورة حقيقية عن استجابة الأسرة إلى إجراء تحقيق بعيد المدى عن استجابة الأسرة لبورتيج عن طريق الأسر ذاتها. التقى الآباء والأمهات معاً وصمموا استبيانهم الخاص الهادف إلى الحصول على نطاق أوسع من البيانات أكثر من المتاح حالياً لخدمات بورتيج ويعني عدم خبرتهم في تصميم البحث وتفسير نتائجه أن العملية طويلة وصعبة، ورغم ذلك ستكون للنتائج أهمية ذات اعتبار فهي لن تساعد فقط الخدمات على الاستجابة بطريقة أكثر ملاءمة لاحتياجات الأسر، بل إنها ستكون أيضاً علامة على خطوة كبرى تجاه مزيد من توثيق العلاقات بين الوالد والمهني المختص.

3. البحوث والتنمية:

بينما ركزت دراسات بورتيج المبكرة بدرجة كبيرة على التقنيات التربوية وعلى إثبات فاعليتها، دعا عدد من الكتاب في زمن أحدث إلى عمل يتجاوز تلك النجاحات الأولية، فمثلاً يجادل فريد ريكسونوهاران (1985) في أن المطلوب الآن هو تحليل موسع للجوانب المهمة في المدخل المستخدم لتعزيز تعلم الأطفال بطرق متوافقة إلى أقصى مدى مع الأهداف الأوسع والحاجات والمهارات المسبقة للأفراد الذين يتصلون اتصالاً مباشراً بالأطفال في كل نوع من أنواع الأطر التي يطبق فيها نموذج بورتيج حالياً.

وقد حدد ستورمي (1987) عدداً من المجالات "للتحليل الموسع"، برز من بينها بشكل رئيس أن الوالدين الذين تلقيا تدريباً على المبادئ العامة لتعديل السلوك قد يمكنهما معالجة نطاق أكثر اتساعاً من مختلف المهام لطفلهما دون حاجة لأن يعطيهما المعلمون المنزليون نموذجاً يقتديان به لكل مهمة.

وقد حدد كاميرون (1986) بطريقة أكثر تخصصاً أربعة مجالات كبرى للتنمية المستقبلية وهي:

1. الأطفال ذوو الحاجات الخاصة الإضافية وخاصة أطفال الأسر المنتمية إلى مجموعات عرقية مختلفة والأطفال ذوو الإعاقات الحسية والأطفال ذوو الإعاقات الشديدة أو العميقة.
2. اختيار الأهداف اللغوية وتعليمها للأطفال الصغار المعوقين في النمو في سن صغيرة.
3. تشجيع التعلم رفيع المستوى مع إعطاء اعتبار خاص لأوجه التعميم والتكيف في مستويات التعلم الأكثر رقياً.
4. مساعدة الوالدين على معالجة المشكلات غير التربوية التي تشملهما وتشمل أفراد الأسرة الآخرين والمختصين المهنيين الآخرين العاملين مع الأسرة.

ومن المحتمل أن تشغل تلك المجالات المتعلقة بالموضوع مجهودات معتبرة في البحث والتنمية على مدى السنوات القليلة المقبلة (وايت، وروبرت، 1993).

نموذج بورتيج التعليمي:

تسلسل مراحل التعلم:

يعتمد نجاح بورتيج التعليمي على تقسيم الأهداف التعليمية بعيدة المدى إلى برنامج مكون من خطوات تعليمية صغيرة، يتم تعليم كل خطوة من خلال أنشطة تعليمية منظمة تهدف إلى إظهار تغير في استجابة الطفل يمكن إخضاعه للقياس وذلك في مدى أسبوع واحد. وقد جادل نقاد النموذج في أن اتخاذ تلك الطريقة نحو تعلم الطفل قد يؤدي أحياناً إلى اكتساب الطفل لسلسلة من شذرات المهارات غير المترابطة وفكرتهم أن البرامج التعليمية القائمة على أسس مناهج منتظمة تتجه نحو تجاهل الفرص الطبيعية للتعلم وينصب جدلهم خاصة على أنه قد تم إغفال تلك المواقف التي يمكن فيها ملاحظة الطفل وهو يقوم بتجريب سلوك جديد بشكل تلقائي قبل تطبيقه إغفالاً تاماً.

يقترح أنصار المدخل القائم على التجربة في مجال التعلم أن اللعب الحر في بيئة منظمة نموذج أكثر إثماراً لتعزيز النمو المبكر ولكن عندما يتم تعريض أطفال ذوي حاجات خاصة لمثل تلك البيئة فإنهم غالباً ما يفشلون في الاستفادة من الفرص المتوافرة دون إعطاء توجيه للعبهم.

يهتم نموذج التعلم الذي وصفه كاميرون وآخرون (1986) والمستمد من عمل هارينج وآخرون (1978) وهوايت وهارينج (1980) بمراحل يمكن تميزها في عملية التعلم وتقع بين الاكتساب والتكيف وهي: الاكتساب، الطلاقة، الاستمرارية، التعميم، التكيف.

الاكتساب: هو أكثر مراحل التعلم تبكيراً حين ينصب التركيز والتأكيد على الدقة. يربط كاميرون وآخرون من خلال التنظيم الدقيق لخبرة التعلم بين مرحلة الاكتساب وبين النشاط التعليمي شديد التنظيم الذي ينتج عن استخدام استمارة بورتيج للنشاط، وتشمل استمارة بورتيج للنشاط بالإضافة إلى هدف تعليمي مقرر بدقة، الاختيار الدقيق للمواد وتحليلاً لتقديم المواد وتوجيهات واضحة وطرقاً مقررة لتعزيز الطفل وإرشاداً لضمان ناتج ناجح للمتعلم.

عملية التعلم هي القول المأثور "المران يؤدي إلى الكمال" وربما يتم الحصول على أقصى تقدير لنوعية المران الضروري للتعلم المبكر بملاحظة الأطفال أنفسهم.

إن توفير فرص ممارسة ومستوى تدريب متماثلين للطفل الصغير الذي اكتسب مهارات جديدة عن طريق أنشطة تعليمية دقيقة جزء أساسي من البرنامج التعليمي ولا يمكن ترك ذلك الأمر للمصادفة، حيث إن الممارسة ضرورية للتعلم الكفء عبر كل مرحلة بدءاً من الاكتساب ووصولاً للتكيف، ويمكن أن تكون تلك العملية طويلة بعد بدء ظهورها.

فالطفل الذي يسير بخطوات واثقة حتى بوابة الحديقة ليحيي زائراً قد مارس مهارة المشي طوال اليوم وكل يوم منذ أن بدأ في تلك الخطوات الأولى المترنحة بين أثاث غرفة الجلوس.

ولا يبدو أن تلك الممارسة تتطلب من الطفل بذل جهد لأنه نفذها بشكل طبيعي ولكن الطفل لم يبدأ المهارة عملياً "بل مجهود" هكذا في الواقع إلا بعد مران طويل منتظم.

يوجه الوالدان والمعلمون الذين يساعدون الطفل الصغير ذا الحاجة الخاصة في إنجاز مثل تلك المهارات رفيعة المستوى والتي تحتاج فترة زمنية أطول في الغالب من تلك التي يحتاج إليها الأطفال العاديون مشكلتين رئيستين:

1. كيف يمكن تشجيع الطفل على بذل جهد للمران الكافي إلى أن تفيد المهارة بسلاسة وتستمر عبر الزمن؟.
2. كيف يمكن مساعدة الطفل على تعميم المهارة على مجالات أخرى من سلوكه؟.

هناك طريقة من أكثر الطرق إثماراً للوالد والمعلم لضمان أن الطفل سيمارس مهارة حديثة الاكتساب بانتظام هي جعل الأمر مثيراً للمرح بالنسبة للطفل إذا مر الطفل بخبرة النشاط التعليمي أثناء مرحلة الاكتساب من خلال لعبة ممتعة فإن احتمال تكراره المتواتر يزداد إلى أن يتم إنجاز الطلاقة ويرغب الجميع المشاركة في اللعبة خاصة الطفل.

وكلما ازدادت اللعبة متعة كلما ازداد احتمال إدخالها ضمن أمور الأسرة الروتينية إلى أن تضمن ألفة الطفل باللعبة استجابته، حينئذ يصير اقتسام نجاح الطفل مع أفراد الأسرة الآخرين خطوة سهلة نسبياً يتم تجربتها في منازل الأصدقاء والأقارب ثم في اللعب في وقت لاحق.

اللعب والتعلم:

إن جعل النشاط التعليمي الأصلي ممتعاً ومثيراً للمرح لكل المهتمين بأمره ليس إلا بداية لعملية طويلة في اتجاه التعميم والتكيف، ومن المهم لضمان استمرار كل طفل في تلقي مران كاف على المهارة الموجودة لديه حالياً إنشاء جلسات لعب منتظمة يشارك فيها فرد واحد من الأسرة على الأقل. وانعقاد جلسات اللعب يومياً فرص مثالية للتحقق من أن لدى الطفل فرصاً لممارسة كل ما في جعبته من مهارات وعندما تستخدم الجلسة لممارسة مهارة أدخلت حديثاً إلى الطفل فإن كل المطلوب عندئذ هو تيسير وجود المواد المناسبة أو تكرار تقديم النشاط الأصلي. يوجه اللعب في تلك المرحلة نحو هدفي الطلاقة والاستمرارية وكلما ازدادت مهارة الطفل في النشاط والمواد الأصليين المقدمين له وكلما زادت الفئة لهما كلما وجب إدخال تغيرات.

بورتيج في المدارس:

على الرغم من أن بورتيج قد صمم في الأصل كبرنامج للتعليم المنزلي، فإن طاقم العاملين في المدارس وغيرها من الأطر القائمة على أساس العمل في مركز قد قدروا مزاياه، وقد حدد كاميرون (1986) تنويعة واسعة من التعديلات التي أدخلت على بورتيج ليناسب المدارس ومع ذلك يمكن تلخيصها تحت عنوانين رئيسين:

أ. نموذج بورتيج التعليمي: يمكن استخدام جدول الفحص السلوكي أساساً للتدريب على التخطيط لمنهج داخل المدرسة. ويمكن تعديل بطاقات الأنشطة لتعليم الأهداف ذات الأولوية في إطار كل من المنزل والفصل والمدرسة.

ب. نموذج خدمة بورتيج: يمكن استخدام نموذج بورتيج لتوصيل الخدمة من أجل تحسين الاتصال بين المنزل والمدرسة أو كخدمة زيارة منزلية قائمة على تعدد جوانب المشاركة من جهة الوكالة المدرسية أو كأحد التيسيرات المدرسية المتاحة لتكون في متناول طاقم العاملين في المدارس المجاورة.

سادت مسألة "التكامل" عالم التربية في الثمانينيات من القرن الماضي ويمكن أن يكون الهدف بعيد المدى لإنشاء نظام متكامل للتربية والتعليم مفهوماً موجهاً قوياً في التربية والتعليم، ولكن ما زال أمر أين وكيف يجب التقديم في الوقت الحالي بعيداً

عن الوضوح. وما يمكن لنموذج بورتيج أن يقدمه للمدارس هو نظام دعم متواضع لكل من المدرس في المدرسة والمدرسين (في المنزل) كما يمكن توفير أفضل الفرص المواتية لحدود التربية الناجحة والتكامل الاجتماعي.

دراسات بحثت في فاعلية برنامج البورتيج:

أ. دراسات حول فاعلية برنامج بورتيج مع الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

1. الدراسات العربية: حاولت بعض الدراسات تطبيق برنامج بورتيج على الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ومن هذه الدراسات ما قام به محمد (1997) بدراسة معدلات حدوث الطرز الشكلية المختلفة المصاحبة لمتلازمة داون ومدى تأثيرها على درجة استجابة أطفال متلازمة داون لبرامج التدخل المبكر، وإيجاد علاقة بين الجهود الكهربائية المستحثة بصرياً والإصابة بمتلازمة داون. بلغت عينة الدراسة (100) حالة مصابة بمتلازمة داون تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (6) أشهر إلى (4.5) أعوام، وتضمنت الحالات (57) حالة من الذكور و(43) حالة من الإناث، ومن تلك الحالات تم اختيار (20) حالة اختياراً عشوائياً للمشاركة في برنامج تنبيه مبكر شامل من أجل تطوير قدراتهم البدنية والذهنية.

   استخدم الباحث الأدوات التالية:

   1. فحصاً إكلينيكياً دقيقاً.
   2. دراسة شجرة العائلة.
   3. دراسة الكروموسومات.
   4. تحليل هرمونات الغدة الدرقية.
   5. اختبار ذكاء ستانفورد ـ بينيه.
   6. اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي.
   7. أشعة تلفزيونية على القلب.
   8. برنامجاً تدريبياً مقترحاً (بورتيج للتربية الشاملة).

   وتوصل الباحث إلى أن العيوب الخلقية لا زالت ذات معدلات حدوث عالية في الأطفال المصابين بمتلازمة داون، كما توصل إلى وجود تحسن ملحوظ

لجميع الأطفال المشاركين في البرنامج في قيم معاملي الذكاء والنضج الاجتماعي مقارنة بقيمهم قبل فترة التدريب.

ثم درست صالح (2002) فاعلية برنامج بورتيج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة، وذلك على عينة من (28) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم بين (4 ـ5) سنوات نصفهم ذكور ونصفهم إناث. واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

1. مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي.
2. اختبار رسم الرجل "لجو دانف ـ هاريس".
3. استمارة تحديد المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة.
4. برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة "بورتيج".

وأثبتت الدراسة زيادة معدل النمو الاجتماعي للأطفال المشتركين في البرنامج.

2. الدراسات الأجنبية: بحث ماهوني وآخرون **(Mahoney,et al,2001)** التدخل في المجال الحركي لأطفال مصابين بمتلازمة داون وأطفال آخرين مصابين بالشلل الدماغي وذلك من مدخلين هما: علاج اختلال النمو ومهارات النمو. تضمنت العينة (50) طفلاً منهم (27) طفلاً تم تشخيصهم بأن لديهم متلازمة داون و(23) طفلاً لديهم شلل دماغي، وكان العمر الزمني للأطفال (14) شهراً عند بداية الدراسة. تم فحص الوظيفة الحركية للأطفال عند دخولهم الدراسة وبعد عام من خدمات التدخل الحركي المبكر. واستخدمت الدراسة مقاييساً لما يلي:

1. قياس النمو العام للأطفال.
2. قياس معدل النمو الحركي.

وأوضحت الدراسة أنه لم يحدث إسراع في النمو الحركي كما كنا نتوقع أو في إتقان الحركة على أساس النضج الذي حدث للأطفال نتيجة قلة عدد جلسات التدخل الحركي.

أما في دراسة باليسانو وآخرون **(Palisano.et al,2001)** فقد هدفت الدراسة إلى تكوين منحني نمو أداء الحركة الكبيرة للأطفال المصابين بمتلازمة داون

وتقدير احتمالية تحصيل الوظائف الحركية على مدى المراحل العمرية المختلفة.

وقد تم أخذ العينة من أماكن تطبيق برامج التدخل المبكر وتكونت من (121) طفلاً مصابين بمتلازمة داون في مرحلة عمرية بين شهر إلى (6) سنوات.

واستخدمت الدراسة المقاييس التالية:

1. مقياس أداء الحركات الكبرى.
2. مقياس شدة الإعاقة الحركية.

وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون يحتاجون وقت أطول لتعلم الحركات مثل الحركات المعقدة، كما أن شدة الإعاقة أثرت على المعدل وليس على أداء الحركة الأعلى.

ثم درس بيرجلوند وآخرون (Berglun,et al,2001) اللغة المنطوقة عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون مقارنة بمجموعة من الأطفال الطبيعيين، وكانت اتجاهات النمو نحو الفروق الفردية وطريقة أداء الكلمات والمهارات العملية للنحو على عينة من (330) من الأطفال المصابين بمتلازمة داون في مرحلة العمرية بين (1 ـ 5) سنوات، (336) من الأطفال المصابين في المرحلة العمرية بين (1.4 ـ 2.4) سنة. واستخدمت الدراسة مقاييس عبارة عن قوائم للكلمات والجمل لمعرفة النمو المبكر للتواصل وتم ملئ هذه القوائم وعمل المقارنة، وقد بينت الدراسة أن الأطفال المصابين بمتلازمة داون لديهم تأخر طفيف في المهارات العملية للنحو وحدث تقدم مبكر في النمو بطريقة منطقية ويرجع ذلك للجهد الكبير للتدخل المبكر.

ثم حاول ويولريتس (Ulrich D,Ulrich B.2001) إثبات أن التمرين على المشي يقلل من تأخر المشي طبيعياً عند الأطفال المصابين بمتلازمة داون. وأجريت الدراسة على الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين يتعلمون المشي متأخرين عن الأطفال الطبيعيين بمقدار سنة واحدة.

تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً من الأطفال المصابين بمتلازمة داون تم اختيارهم بطريقة عشوائية وجميع الأطفال المشتركين في الدراسة انضموا إليها عندما كانوا يستطيعون الجلوس لمدة (30) ثانية بمفردهم وكانوا

يتلقون جلسات علاج طبيعي كل أسبوع على الأقل. بالإضافة إلى أنهم كانوا يتمرنون على المشي خمسة أيام في الأسبوع لمدة (8) دقائق يومياً في بيوتهم، كما تم تدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم على التدريب على المشي وكل أسبوعين يذهب فريق للبحث إلى بيوت الأطفال لفحصهم ومعرفة مدى تقدمهم. وقد توصلت النتائج إلى أن المجموعة التي أجريت عليها التجارب تعلمت المشي مع بعض المساعدة والمشي بمفردهم في 73.8 يوم و101 يوم أسرع من المجموعة الضابطة نسبياً.

أما هوسر ـ كرامب وآخرون (Hauser - Cramp. et al. 2001) فقد حاولوا التعرف على نتائج التدخل المبكر في تطوير المهارات الإدراكية والاجتماعية واليومية لدى الأطفال المتأخرين عقلياً وتأثير مساعدة الآباء والأمهات في برنامج التدخل المبكّر.

تكونت عينة الدراسة من (183) طفلاً مصابين بمتلازمة داون ولديهم إعاقة حركية وتأخر في النمو واشتركت عائلاتهم في برنامج التدخل المبكر، وتضمنت أدوات الدراسة:

1. برنامج التدخل المبكر.
2. استمارة بيانات الطفل.
3. زيارات منزلية.
4. تقييم الطفل.
5. استفتاء الآباء والأمهات كل على حدة.

أنبأت النتائج عن حدوث تطور في الناحية الإدراكية والمهارات الاجتماعية والمهارات اليومية للأطفال المصابين بمتلازمة داون بعد البرنامج كما وجدت علاقة بين مساعدات الآباء والتغير في نتائج الطفل وأن علاقة الأسرة ببعضها غيرت في سلوك الطفل ومهاراته الاجتماعية.

ثم بحث وانج (Wang, 2002) التغيرات في مهارة التوازن وأداء مهارة القفز كمياً ونوعياً. وتكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً مصابين بمتلازمة داون في المرحلة العمرية من (3 ـ 6) سنوات تم تدريبهم على مهارة القفز؛ (30) طفلاً مثلهم في سن (3 ـ 6) سنوات كمجموعة مقارنة.

وقبل التدريب على مهارة القفز تم إعطاؤهم اختباراً قبلياً لقياس مهارتي الاتـزان والقفز والذي يعتمد على إتقان الحركة وإبداع مهارة حركية على التوالي. تم تدريب الأطفال المصابين بمتلازمة داون على القفز بواقع ثلاث جلسات لكل أسبوع ولمدة ستة أسابيع ولم يتم تدريب أطفال المجموعة المقارنة على ذلك. ثم تم إعطاء الأطفال اختباراً بعدياً للمهارات، وتم تحليل التباين والاختلافات في الدرجات للاختبار القبلي والبعدي للمشي على الأرض، المشي بمساعدة، والقفز رأسياً وعمودياً. وبينت الدراسة أن هذه الموضوعات أظهرت في الأطفال المصابين بمتلازمة داون دلالة أكبر من أطفال المجموعة المقارنة.

ب. دراسات عملية حول برنامج البورتيج:

حاولت بعض الدراسات عمل تطبيقات عملية لبرنامج بورتيج، ومن هذه الدراسات ما قام به **(Glossop,1989)**، حيث قام بتحديد نموذج بورتيج ومنافعه للعائلات وتطبيق النموذج على طفلين في سن (4) سنوات يعانون من اضطرابات في السلوك في حالة الدراسة. بالنسبة للطفلة الأولى نجحت الأم في التكيف مع المشكلات السلوكية لابنتها وتحسين العلاقة بينهما، أما الطفل الثاني فقد تم حل مشكلات الطعام.

أكدت النتائج على منافع استخدام برنامج سلوك لتنمية مهارات الآباء. كما بحث **(Wilson,1985)** استخدام برنامج بورتيج للمرضى النفسيين، حيث أكد أنه مفيد لمن يعانون من أمراض نفسية أو خلل بالمخ.

أما دراسة **(Clenents, et al,1982)** فقد حاولت وصف تأثير تدريب فريق العمل في روضة الأطفال على استخدام برنامج بورتيج مع الأطفال المعوقين وبينت النتائج أن فريق العمل برع في استخدام الأساليب الخاصة بالبرنامج (القمش، **2011**).

وقد تم إجراء مسح كبير لخدمات بورتيج في إنجلترا فيما بين (1991 ـ 1992)، وتم تلقي النتائج من (147) خدمة كانت تفي بالمعايير التي حددت بواسطة جمعية بورتيج الوطنية، وقدمت هذه الخدمات لحوالي (4000) أسرة، أي متوسط (26) أسرة لكل خدمة وهذا التقرير كشف عن قائمة انتظار لـ (1990) أسرة.

كما تم تطبيق عدد من التقييمات القومية لخدمة بورتيج في إنجلترا منها المعاينة العميقة في قسم التربية عام (1990)، واحتوت الدراسة على فحص لـ (13) عينة عشوائية من خدمات بورتيج في إنجلترا، وكانت أهم نتائج الفريق البحثي كالآتي:

1. التدريس والتعلم النظامي الفعال كان يتم بشكل جيد.

2. تم جمع النتائج والآراء التي عبر عنها أولياء الأمور ومدرسو المنازل والمتخصصون المشاركون في المشروع والتي تشير إلى أن معظم الأطفال المعنيين حققوا تقدماً سريعاً.
3. الزيارات المنزلية المنتظمة التي تشمل الوالدين من خلفيات اجتماعية وثقافية مختلفة كانت أقوى سمة في المشروع (صالح، 2002).

وفي نفس الإطار قامت عبد المجيد وآخرون (1999) بعمل بحث لمدة عام لتقييم الأطفال المرضى بمتلازمة داون الذين شاركوا في برنامج التدخل المبكر في مصر. تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً مصابين بمتلازمة داون تراوحت أعمارهم بين (1 ـ 4) أعوام. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية:

1. دراسة شجرة العائلة.
2. دراسة الكروموسومات.
3. فحصاً إكلينيكياً دقيقاً.
4. برنامج بورتيج للتربية الشاملة.
5. اختبار فاينلاند للنضج الاجتماعي.

وأثبتت النتائج أن التدخل المبكر أدى إلى تحسن الأطفال المندرجين في البرنامج وإن كان هناك بعض التأخر عند مقارنتهم بالأطفال الطبيعيين ولم يكن هناك أدنى فرق في الجنس أو نوع الاختلال في الكروموسومات.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح لنا ما يلي:

1. يلاحظ قلة عدد الدراسات العربية والأجنبية بالنسبة لبرنامج التدخل المبكر للأطفال المصابين بمتلازمة داون لذلك كانت الحاجة ملحة لمزيد من الدراسات للتعرف على أهمية برامج التدخل المبكر ومدى فعاليتها.
2. أكدت معظم الدراسات على التأثير الإيجابي لمساعدة الآباء والأمهات في برامج التدخل المبكر وأهمية التعاون الأسري لتغيير سلوك الطفل.
3. العلاقة الطردية بين درجة الإعاقة ومعدل اكتساب مهارات النمو المختلفة فكلما زادت شدة الإعاقة احتاج الطفل لوقت أطول ومجهود أكبر في اكتساب المهارات المختلفة.
4. أدت زيادة جلسات التدخل المبكر إلى التحسن في مجالات النمو وإتقان المهارات المختلفة.

5. التدخل المبكر أدى إلى تحسن قيم معامل الذكاء للأطفال عند مقارنتهم بقيمهم قبل البدء في تطبيق برنامج التدخل المبكر بالرغم من وجود بعض التأخر عند مقارنة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بالأطفال الطبيعيين.

منهاج بافاريا:

قام بإعداد هذا المنهاج مجموعة من معلمي التربية الخاصة في إقليم بافاريا بألمانيا، وقد خضع المنهاج لاختبار دقيق ومكثف على مدى خمس سنوات في نخبة من المدارس المختصة بتعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية، وقد أضاف المعلمون والآباء والأمهات والخبراء النفسيون الأفكار والتوصيات والمقترحات لهذا المنهاج.

ويمكن استخدام هذا المنهاج لذوي الإعاقة المتعددة كالإعاقة العقلية مع الإعاقة الجسدية أو الإعاقة العقلية مع حالة العمى أو ضعف البصر أو الإعاقة العقلية مع حالة الصمم أو ضعف السمع.

ينقسم المنهاج إلى ثلاثة أقسام هي:

- التعليم التطويري.
- مهارات المواد الأساسية.
- مهارات المواد الثانوية.

ومن الأهداف التي يرمي إليها هذا المنهاج تشجيع المعلمين على التفكير والابتكار في المواد التعليمية والتربوية وعلى اختيار أو إضافة أفكار ونشاطات تناسب الصفوف التي يعلمونها وتناسب الطلاب كأفراد.

ولتحقيق هذه الأهداف قد يحتاج المعلم إلى:

- أن يحسن الاختيار من قوائم المقترحات العملية الخاصة بنشاطات غرفة الصف.
- تحضير منهاج صفه وخططه التعليمية بما يفي باحتياجات طلابه ويتلاءم مع قدراتهم.

يجب أن يسير كل موضوع من مواضيع المنهاج وكل فصل من فصوله على نفس المبدأ التعليمي، حيث يبدأ ذلك بنشاطات بسيطة جداً تعطى للأطفال الصغار وللأطفال ذوي الإعاقات الشديدة ثم يتجه نحو نشاطات بسيطة جداً أكثر تقدماً، هذا وسيجد

المعلمون اعتبار المقترحات الواردة في المنهاج نقطة انطلاق تحرك إبداعهم وأحاسيسهم نحو أشياء أكثر ملاءمة للأطفال الذين يتعاملون معهم.

كما قد تم تصميم هذا المنهاج بحيث يتضمن أكبر قدر ممكن من الأهداف التعليمية، والمقصود بذلك أن المهارات تجزأ إلى خطوات أبسط متدرجة من مبادئ أساسية تمهد للمهارات إلى مهارات أكثر تعقيداً الهدف منها الانتقال نحو أهداف للتعلم الحقيقي مثال:

القراءة؛ لا يقصد بها مجرد أن يقرأ الطالب كلمات وجملاً، بل أن يقرأ أيضاً الأشياء والحالات والصور والإشارات والرموز.

والرياضيات؛ لا يقصد بها مجرد المفاهيم الصعبة للعلوم الرياضية المتقدمة بل يقصد بها أيضاً الجوانب الأساسية من الكميات والأعداد.

وفي هذا المنهاج ينبغي تقسيم عملية التعليم إلى "موضوعات خاصة". إن المقصود بمضامين هذا المنهاج أن تكون مرتبطة بوقائع الحياة اليومية وهي في مجملها مضامين مترابطة الجوانب وقابلة للربط بوقائع الحياة اليومية والحياة المدرسية، والتعليم الجيد هو التعليم الذي ينظر إلى أهمية الشيء باعتباره وحدة واحدة وعلى أهمية العلاقات المترابطة بين أجزائه، والتعليم الجيد هو التعليم المنبثق من مصدره الحقيقي، وذلك باستخدام حالات حقيقية من وقائع الحياة التي يستطيع الأطفال أن يشاركوا فيها بدلاً من إعطاء تدريبات وتطبيقات لا تعني الكثير للأطفال.

ويمكن استخدام طريقة "الخطة اللولبية للتعليم" وذلك بتكرار نفس الموضوعات في كل سنة بعد أن يضاف إليها محتويات أكثر توسعاً وتعقيداً أثناء تزويد الطلاب بالمهارات والمعارف و الخبرات.

طريقة تنظيم مادة المنهاج:

- ما الذي ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟ (مضمون المادة وأهداف التعلم).
- كيف ينبغي أن يتعلمه الطلاب؟
- كيف يمكن تعليمهم الموضوع على أفضل وجه؟ (الأسلوب).

ونظراً للتباين الكبير بين مستويات الأداء الوظيفي للطلاب في أي مدرسة فإنه لا يمكن أن يكون إلزامياً، إن من مسؤولية المعلم الجيد أن يختار أهدافاً ملائمة وضرورية ومفيدة لصفه كوحدة واحدة ولطلابه كأفراد.

الأهداف في هذا المنهاج هي توصيات ينبغي اختيارها حسب احتياجات وقدرات كل طالب على حدة، وينبغي أن يدرك المعلم أن أمامه مساحة واسعة للاختيار الملائم لحالات الأفراد عندما يريد أن يختار أهدافاً، ويضع مناهج خاصة تمثل روح الإبداع والابتكار لديه.

التعليم في مدارس المعاقين عقلياً لا يوضع له خطة نهائية مسبقة بل خطة جزئية لأن الحالات الحقيقية أو الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة بالطلاب أو الحاجات المفاجئة التي تهمهم كأفراد ينبغي اتخاذها على الفور وبطريقة ملائمة كفرص تعليمية لهم.

ومعلم الصف هو المسؤول عن تنظيم العملية التربوية في الصف وعن ابتكار ما يجعلها تسير في مسارها الصحيح وفي جميع الأحوال يعتبر التعاون الوثيق بين أفراد الفريق الواحد أمراً جوهرياً لتفعيل هذه العملية.

محتويات منهج بافاريا:

يتكون منهج بافاريا من ثلاثة مكونات أساسية هي:

أ. التعليم التطويري:

- الناحية الحسية ـ الحركية، وتشمل:
  - التحكم بحاسة اللمس في بشرته.
  - إدراك التلميذ لجسمه.
  - تطوير وظائف اليد (المهارات الحركية الدقيقة).
  - تطوير السيطرة على الجسم.
  - التحرك من مكان إلى آخر.
  - السيطرة على المهارات الحركية للوجه والفم.
- الإدراك، ويشمل:
  - ملاحظة المثيرات (المنبهات).
  - كيفية التفاعل مع المثيرات.
  - تطوير التناسق بين الحواس.
  - تكرار المنبه (المثير).

- توقع الحافز (الباعث) أو تسبب حدوثه.
- ضبط حركة العين/ الجسم.
- تمييز الأشخاص والأشياء وفهم الأوضاع.
- تمييز صور الأشخاص والأشياء والحالات.
- التعبير اللفظي عن معلومات حسية.
- إدراك الأشكال والألوان والأحجام.
- تحسين نطاق الإدراك.
- توجيه الإدراك.

▪ اللغة/ النطق، وتشمل:
- الكلام وسيلة تعبير.
- تطوير الوظائف الحركية لأعضاء الكلام.
- معرفة الطفل أن الكلام طريقة للتعبير.
- الإصغاء للكلام بوعي وإعطاء أولوية للتواصل اللفظي.
- التواصل بالألفاظ.
- تحسين المهارات اللفظية.

▪ التفكير/ عمليات التفكير، وتشمل:
- تطوير الإدراك الحسي الحركي.
- فهم طبيعة الأشياء ووظائفها.
- تطوير الذاكرة والخيال.
- تعلم كلمات مجردة ومفردات خاصة واستعمالها.
- حل المشكلات.
- تطوير الإبداع (أي القدرة على التكوين والابتكار).
- استعمال المعرفة الحالية في توقع المستقبل.
- تطوير مهارات الحكم على الأشياء وتقويمها.
- تطوير الوعي بعمليات التفكير.

ب. مهارات المواد الأساسية:

▪ مهارات الاعتماد على النفس، وتشمل:

- ارتداء الملابس.
- آداب الطعام.
- النظافة والأناقة الشخصيتان.
- استعمال الحمام في قضاء الحاجات.
- السلامة الشخصية.
- الاعتناء بالمتلكات الشخصية.

■ ممارسة اللعب المنظم، وتشمل:

- اللعب المنظم من أجل الاستكشاف.
- اللعب التخيلي واللعب الرمزي.
- لعب الأدوار.
- فهم وقبول قواعد وأحكام اللعب المنظم.
- اللعب باستخدام الدمى.
- توفير مكان للعب المنظم واستخدامه.

■ العلاقات الاجتماعية، وتشمل:

- تجربة العناية المبنية على المحبة والرفق.
- الإجابة ومبادلة الاهتمام.
- الإجابة ومبادلة التواصل مع الغير.
- العيش مع الآخرين.
- مراعاة قواعد السلوك الاجتماعي المقبولة.
- بدء بالعلاقات والمحافظة عليها.
- العيش مع معاق.
- تكوين علاقات دون تدخل المدرسة والأسرة.

■ الأسرة والجوار والمواطنة، وتشمل:

- العيش والتعلم في المدرسة.
- المشاركة في الحياة العائلية.
- معرفة طريقة صنع البيوت وأساليب الحياة.
- الانسجام مع الجيران.

- التجول في منطقة الجوار (الحارة).
- معرفة واستعمال الخدمات والمرافق المحلية.
- معرفة واستعمال خدمات العناية الصحية المحلية.
- معرفة واستعمال خدمات الطوارئ.
- المشاركة في الحياة الثقافية للمجتمع.
- المشاركة في الحياة الدينية.

■ الطبيعة، وتشمل:
- استكشاف المكونات الطبيعية المحيطة.
- استكشاف الأشياء الحية.
- إدراك حقائق الجسم والاعتناء به.
- الحياة الصحية.
- الانسجام مع الحيوانات.
- العناية بالنباتات.
- الحياة في بيئة الحديقة.
- الحياة في بيئة الغابة/ الصحراء/ الجبال.
- الاهتمام بالبيئة.
- التكيف مع أحوال الطقس.
- الإلمام بالقوانين الأساسية للطبيعة.

■ التقنية، وتشمل:
- معايشة التقنية في الحياة اليومية.
- تشغيل الأشياء.
- الاستعمال الصحيح للأشياء.
- العناية بالأشياء.

■ وعي مفهوم السلامة، ويشمل:
- الزمن (الوقت).
- خبرتهم بالزمن.
- معرفتهم للغة الزمن واستخدامهم لها.

- خبرتهم بالروتين اليومي.
- استخدامهم لوسائل تساعدهم على معرفة أوقات اليوم.
- إدراكهم للفترات الزمنية الطويلة.
- تنظيم الوقت.
- وعيهم لتاريخهم الذاتي.
- خبرتهم بالماضي.

■ التجوال والذهاب إلى الأمكنة (الانتقال والمواصلات)، ويشمل:

- تعوّد التلميذ على مواءمة حركته مع حركة المتجولين الآخرين.
- الوعي بسلامة الطريق.
- تقدير المسافة والسلوك الملائم.
- دور التلميذ كماشٍ جيد.
- التجول في مجموعات.
- دور التلميذ كمسافر جيد.
- استخدام وسائل ذات عجلات.
- تحسين وعي التلميذ بحركة المرور والانتقال وحياة الشارع.

■ وقت الفراغ، ويشمل:

- تعليم التلميذ طرقاً مناسبة للاسترخاء.
- تجربته لنشاطات وقت الفراغ.
- إدراكه لوقت الفراغ وتطويره لاهتمامات خاصة به.
- سعي التلميذ لممارسة نشاطات في وقت فراغه.
- الاستغلال الأمثل لوقت الفراغ .
- قضاء وقت الفراغ مع الغير.

■ الرياضيات، وتشمل:

- تطوير الإدراك المكاني.
- التمييز بين العدد والنوع في الكميات.
- ترتيب الكميات وطلبها.
- المقارنة بين المقادير.

- التعامل بالمقادير.
- مهارات العد والتسلسل.
- الأعداد الطبيعية والأعداد الترتيبية والمواءمة.
- فهم العلاقات العددية.
- قراءة وكتابة الأعداد.
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من (1 ـ 10).
- التعامل بالمقادير والأعداد والأرقام بتسلسل من (1 ـ 100).
- التعامل بالنقود.
- القياس.

■ القراءة، وتشمل:

- فهم العمليات والأوضاع.
- قراءة الصور (فهم معنى الصور).
- قراءة الرموز والإشارات.
- دور القراءة.
- قراءة الكتب.

■ الكتابة، وتشمل:

- عمل علامات.
- إدراك الأمكنة والمساحات.
- استخدام الصور للاتصال بالغير.
- الطباعة.
- تعلم الطفل للكتابة.
- الكتابة.

ج. مهارات المواد الثانوية (الفرعية):

■ الموسيقى، وتشمل:

- معايشة الموسيقى.
- الاستماع الواعي للموسيقى.
- البدء بمعرفة العناصر الأساسية من الموسيقى ومعرفة الآلات.

- استخدام الموسيقى في تكوين حالة نفسية.
- الغناء / النشيد.
- استخدام الموسيقى في أوقات الفراغ.

▪ الإيقاعات (الموسيقى والحركة)، وتشمل:

- اكتشاف الأطفال لأجسامهم.
- تكوين الثقة بالنفس في التعامل مع المكان والأشياء.
- تفسير الموسيقى من خلال الحركة.
- بدء الطفل بالحركة.
- المضمون الاجتماعي للإيقاعات.

▪ التعليم الفني (الفنون والإبداع)، ويشمل:

- استخدام جميع الحواس لإدراك البيئة المحيطة.
- اللعب التخيلي.
- النشاطات الفنية والحرف كوسيلة للاتصال والتعبير.
- استعمال الألوان.
- استعمال الأساليب الإبداعية المختلفة.
- البناء بمجموعة من المواد.
- استعمال الصلصال والطين.
- استعمال أدوات التصوير والفيديو.
- تطوير فهم الأطفال لعالمهم الخارجي وقدرتهم على التعبير عنه.
- تفسير واستخدام المثيرات (المنبهات) المرئية.

▪ الحرف اليدوية، وتشمل:

- البدء بمعرفة الأشياء والمواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- صنع الأشياء البسيطة.
- العمل في الورشة.
- البدء بمعرفة المواد الخاصة.

▪ استخدام الأدوات، وتشمل:

- تعلم الأساليب.
- إكمال المشاريع.
- الوعي بمتطلبات السلامة.

▪ المنسوجات، وتشمل:
- البدء بمعرفة المواد.
- تطوير المهارات الأساسية.
- تطوير المهارات الحركية.
- تزيين المنسوجات.
- النسج والحبك (الصنارة).
- أعمال المنسوجات (واستخدامها والعناية بها).

▪ العلوم المنزلية، وتشمل:
- العناية بالمنزل.
- التعامل مع الطعام.
- المهارات الأساسية لتحضير الطعام.
- تحضير الطعام البارد.
- تحضير الطعام الساخن.
- استخدام الأدوات المنزلية.
- العناية بالملابس والغسيل.
- الوعي بأمور السلامة.
- العمل في المنزل والمطبخ دون الاعتماد على أحد.

▪ التربية البدنية، وتشمل:
- الممارسة الصحيحة لحركات الجسم.
- تكييف الحركة حسب السطح.
- الاستخدام الصحيح لأدوات الرياضة.
- الحركة المصحوبة بالإيقاع.
- المشاركة في ألعاب الأطفال.
- استخدام الملاعب العامة.

- استخدام المسابح العامة.
- الرقص كمهارة جسدية واجتماعية (القمش، 2011).

برنامج سكاي هاي:

بدأ البرنامج تحت اسم (Sensor Impaired Home Intervention) ومن هنا حمل البرنامج اسم ski-hi ليعبر عن المسافة بين آمال وإنجازات أهالي ذوي الحاجات الخاصة مع أطفالهم، إذ تعمل تلك الأسر بالتعاون مع البرنامج لتحقيق توقعاتهم وربطها بآمالهم.

بدأت برامج تدريب وخدمات (Ski-hi) عام (1972م) حيث ركزت على برامج التدخل المبكر والطفولة المبكرة، للأطفال من سن الولادة وحتى الخامسة، ممن يعانون من المشكلات السمعية، والبصرية، والإعاقات الأخرى.

يعد معهد (Ski-hi) أحد الوحدات المتخصصة في قسم التعليم المستمر بكلية التربية في جامعة ولاية يوتا لوغان، وتنتشر أقسامه من خلال برامج التأهيل المجتمعي في (50) ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، ويعتبر المعهد أحد ثلاث وحدات بحث متخصصة للخدمات الإنسانية ضمن كليات التربية الخاصة، ويضم معهد (Ski-hi) مجموعة من الأفراد الاستشاريين والذين يعملون على تطوير البرامج وتصميمها بما يعمل على تحسين معيشة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، والعاملين معهم. وكرس المعهد جهوده لتشجيع الأطفال على الاكتشاف، والتعلم، والنمو، إذ يساعدهم هذا العلاج لكي يصبحوا أعضاء فاعلين في المجتمع.

تخدم برامج المعهد فئة الصم وضعاف السمع، والمكفوفين وضعاف البصر، الصم المكفوفين، ومتعددي الإعاقة، وغيرها من الإعاقات. ويعتمد التعليم المبكر الذي يتبناه المعهد على البيت كبيئة مثالية للتعلم المبكر ويمتد بعدها لمتابعة وضع الطفل بعد الانتهاء من برامجها. تستخدم أدوات البرنامج من قبل العائلات المستفيدة ومقدمي الخدمات والمختصين ببرامج التربية الخاصة بشكل عام، حيث تتضمن أدوات ومراجع البرنامج ما يلي:

1. الأدلة الصديقة للمستخدم.
2. أشرطة الفيديو التوضيحية.
3. المطبوعات، وغيرها من المواد.

ويمكن الحصول على هذه المواد فقط من المعهد وفروعه في كندا والولايات المتحدة الأمريكية، والتي يتم التوجيه على استخدامها من قبل المدربين المحليين، وتتوافر البرامج التدريبية في المجالات التالية:

1. برنامجي الصم وضعاف السمع. Deaf Mentor , Interact
2. برنامج المكفوفين وضعاف البصر. VISA
3. برامج الصم المكفوفين. Pride Sparkli ,Intervener
4. برنامج متعددي الإعاقة. Insite
5. برامج الإعاقات الأخرى.

AHEAD, Child to child , Uta translation project

الفصل الثاني عشر
دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر

- تمهيد .
- تعريفات ومصطلحات.
- ماهية الثقافة.
- الثقافة والإعاقة.
- دور الأسرة في تنشئة الطفل.
- الضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية.
- اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الإعاقة.
- العوامل التي تؤثر على اتجاهات الأسر نحو الإعاقة.
- المراحل التي يمر بها الزوجان بعد ولادة الطفل المعاق.
- خصائص الاتجاهات.
- أهمية الاتجاهات.
- مكوّنات الاتجاه.
- تغيير الاتجاهات.
- اتجاه الأسر نحو التوحد .
- اتجاه الأسر نحو المعاق سمعياً .
- معوقات اندماج الأفراد ذوي الإعاقة السمعية والبصرية في أسرهم.
- كيفية تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل المعاق.
- دور الأسرة في التدخل المبكر.
- المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة.
- دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة.

الفصل الثاني عشر

دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر

تمهيد:

تعد الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأولى التي ينشأ فيها الفرد، ويقع على عاتقها مهمة توفير الرعاية الكاملة للطفل المعاق وإكسابه الثقة في نفسه، وعدم التمييز بينه وبين أفراد أسرته الأصحاء وعدم التذمر منه، وعدم تفويت فرص التعليم والنمو له من خلال إدخاله للمؤسسات الاجتماعية التي تعنى برعاية وتأهيل المعاقين وعدم إهماله ونسيانه هناك. فقد تلجأ أسر كثيرة إلى اتباع أساليب خطأ في تعاملها مع طفلها المعاق اعتقاداً منها بأن هذه الأساليب تساعد الطفل. ومن هذه الأساليب على سبيل المثال تأخير إلحاق الطفل في البرامج العلاجية التأهيلية المبكرة نتيجة للاعتراف المتأخر من قبل الأهل بحالة ابنهم وإنكار إعاقته، والحماية الزائدة له مما يجعله دائماً معتمداً على الآخرين، وعزله عن الآخرين وعن البيئة اللازمة والضرورية لتطوير قدراته بسبب خجل الأسرة من ابنها المعاق، وحرمانه من فرص التعليم وخاصة في بدايات سن المدرسة مما يؤخر عملية تعلمه ويجعله في المكان غير المناسب

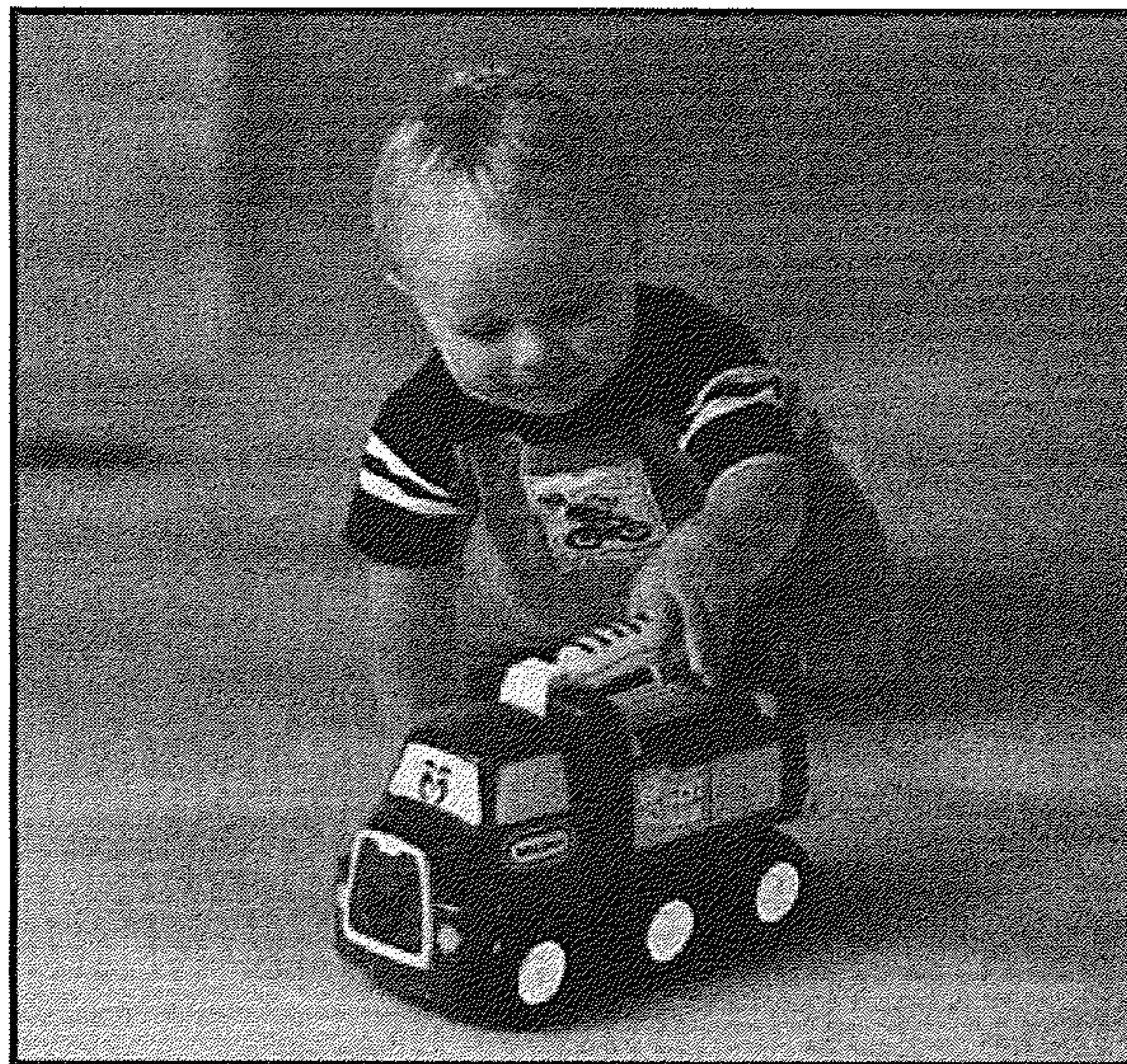
ولما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فإن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات تشاركية مع أولياء الأمور. ولكن مشاركة أولياء الأمور المؤثرة والإيجابية في التخطيط للخدمات وفي اتخاذ القرارات بشأنها ليست عملية سهلة بل تتطلب قيام الأخصائيين بتعديل اتجاهاتهم، وبإعادة النظر، والتفكير بعلاقاتهم مع الأسر (**O'toole, 1995**).

ويستطيع الآباء أن يلعبوا دوراً فاعلاً في الكشف المبكر عن الإعاقة، علماً أن ذلك ليس بالأمر السهل، خاصة إذا كانت الإعاقة بسيطة وغير ظاهرة، وربما يكون أفضل معين للآباء في هذا الصدد الاطلاع على الخصائص النمائية للأطفال (الحركية والاجتماعية واللغوية والعقلية والانفعالية) فمعرفة ما هو متوقع من مهارات في مرحلة عمرية يساعد في تحديد ما إذا كان نمو الطفل مطمئناً أم لا (**Peterson, 1986**).

وقد أشار دنست وزملاؤه (Dunst, etal,2002) في دراستهم التي هدفت إلى توضيح دور الأسرة في برامج التدخل المبكر وتقييم درجة توجه الأسر إلى تدريبات برامج التدخل المبكر. تكونت عينة الدراسة من خمس وعشرين عائلة ممن لديها أطفال ذوو حاجات خاصة في الولايات المتحدة. أظهرت نتائج الدراسة أن الأهالي لهم دور كبير وفعال في تطوير برامج التدخل المبكر من خلال الإسهام في تدريباته ومهاراته، كما أن للأسرة كذلك دوراً مهماً في دعم الأطفال من ذوي الحاجات الخاصة من خلال متابعة أبنائهم وصقل مهاراتهم العقلية.

بينما وضح دالك (Dalk,2005) في دراسته التي هدفت إلى الكشف عن مدى تقبل الأسر لخدمات التدخل المبكر وتحديد أهم خدمات التدخل المبكر والتي يمكن للأسر تطويرها والتفاعل معها. تكونت عينة الدراسة من الأسر المكونة من أحد الوالدين في ولاية تنسي (Tennessee) في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث قام الباحث بتطبيق برنامج التدخل المبكر على الأسر، وأظهرت نتائج الدراسة أن الأسر أبدت تجاوباً كبيراً مع الخدمات المقدمة من خلال برنامج التدخل المبكر مثل الاستشارات التربوية، ومعرفة كيفية التعامل مع أطفالهم من ذوي الحاجات الخاصة. كما أظهرت النتائج إسهام البرامج في تغيير مفهوم الأسر عن أطفالهم ذوي الصعوبات والتعامل معهم بشكل أفضل.

تعريفات ومصطلحات Definitions and Terms:



تبدأ التنشئة الأسرية منذ اللحظة الأولى لولادة الطفل، وتبذل الأسرة جهوداً كبيرة ومتواصلة لتكوين شخصية طفلها، فتقوم باستخدام أدوات التعزيز، والعقاب من أجل تزويده بالسلوكات الاجتماعية المقبولة وغيرها، ليأخذ الدروس الأولى منها، فالأسرة هي التي تمنح الطفل وضعه الاجتماعي وتحدد اتجاهاته السلوكية. ويعد الطفل الهدف الأسمى في حياتها لأنه يضفي عليها صبغة من الديمومة والاستقرار ومصدرًا قوياً لآمالها، وأحلامها، وإعطاء معنى لحياتها، كما وتكسبه قيمها وعاداتها وأخلاقها. وتجمع نظريات علم النفس المختلفة على أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة في نمو الفرد؛ وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، على أن مرحلة النمو الأولى هي مرحلة تطور الثقة الأساسية لهذا الطفل، لذا تعد الأسرة حجر الزاوية لتطور الشخصية؛ لأنه من غير اهتمامها، ومشاركتها فإن الأطفال لن يتعلموا مثل الآخرين ولن يتطور لديهم إحساس بتقدير الذات.

ويعرف المؤلفان الأسرة على أنها مجموعة من الناس يعيشون مع بعضهم البعض وتربطهم رابطة الدم أو النسب.

بينما عرف جودانف (Goodenough, 1987) الأسرة على أنها عبارة عن شخص أو أكثر بما فيهم أفراد الأسرة وآخرون ممن يعيشون تحت نفس السقف.

ماهية الثقافة Culture:

إن الثقافة تعني القيم والتقاليد والمعتقدات المشتركة لمجموعة من الأشخاص، وهي تعني أشياء مختلفة لأشخاص مختلفين. ويقوم العديد من علماء الاجتماع بتعريف الثقافة بشكل واسع على أنها وسائل للإدراك، والإيمان والقيم والسلوك.

> يمكن النظر إلى الثقافة على أنها سلسلة من الأنماط أو الميول التي يمكن مشاركتها، تفسيرها وتعديلها من قبل جماعة من الناس.

ويمكن وصف خصائص ثقافة معينة على أنها سلوكيات معينة أو نماذج حياة. ومع ذلك، فإن كل شخص هو فرد، ومجموعة الأفراد ضمن ثقافة ما تمثل "مدى" من الخصائص. بينما أشار هانسون (Hanson, 1998) إلى الثقافة بأنها: الطريقة التي نفكر بها ونشعر ونتصرف ونلبس ونأكل بها، ولكنها لا تؤكد على أن كل فرد من أفراد

هذه الثقافة يقوم بهذه الأشياء بنفس الطريقة. ويرى المؤلفان إمكانية استخدام كلمة "ثقافة " أيضاً لوصف العديد من السلوكيات المشتركة التي نمر بها في عدد من أجزاء حياتنا المختلفة. فعلى سبيل المثال، اللغة المشتركة والملابس ونماذج الاتصال وأصناف الطعام المفضلة لخلفياتنا، بالإضافة إلى التوجيهات السلوكية والعرقية والاجتماعية والغذائية لديننا والتي تعكس مظهرين من الثقافة.

وتؤثر الخلفية الثقافية لأسرنا والأسر التي نعمل معها على المعتقدات المتعلقة بتربية الأطفال والتعليم والتربية والحياة العائلية بالإضافة إلى الاتجاهات نحو وجود طفل غير عادي في الأسرة. وهناك تعريف مفيد للثقافة وهو أنها إطار يوجه ممارسات الحياة. ولا يعني هذا المصطلح مجموعة صارمة أو محددة من الخصائص ولكن" مجموعة من الميول والاحتمالات التي يمكن الاختيار منها".

وبين كل من أندرسون وفيينيشل (Anderson&Fenichel,1989) أن الممارسات والتقاليد التي تنبع من ثقافة الأسرة قد توفر مصدراً للفخر والراحة لأفراد الأسرة، وقد تكون أحياناً مصدراً لسوء الفهم أو الارتباك للأخصائيين الذين يعملون معهم.

وهناك عنصر واحد من الثقافة يرتبط بشكل كبير مع التعلم في المدرسة وهو لغة الأسرة. فسواء أكانت هذه اللغة عربية، أم لغة الإشارات العربية، أم أية لغة أخرى، التي يستخدمها الطفل في البيت تؤثر على قدرته على التواصل مع الآخرين.

وتقسم الثقافة إلى:

- الثقافة الكلية **Macroculture**: وهي الثقافة الجوهرية لدولة أو منطقة ما.
- الثقافات الجزئية **Microcultures**: تمتلك الثقافات الجزئية أنماطها الخاصة بها في نفس الوقت الذي تشترك فيه بقيم جوهرية مع الثقافة الكلية.

الثقافة والإعاقة Culture and Disability:

بيّن كاليانبور وهاري (Kalyanpur & Harry,1999) على أن إدراك الإعاقة متجذر في قيم ثقافة أي دولة، فإذا كانت القراءة والكتابة بشكل جيد ذات قيمة عالية في المجتمع، فعدم القدرة على القيام بذلك يصبح دلالة على الفشل، وعليه فإن التبادل الثقافي يبنى على الاحترام المتبادل ومشاركة المعلومات

وأشارت هاري وزملاؤها (Harry, Rueda & Kalyanpour,1999) أنه على مديري المدارس أن يبنوا جسوراً ما بين قيم وخبرات الأسر وقيم وخبرات نظام التربية الخاصة عن طريق العمل ضمن إطار "التبادل الثقافي"؛ وهي عبارة عن عملية مشاركة معلومات وفهم ذات جانبين يمكن أن تكون تبادلية بحق، كما أنها يمكن أن تقود إلى فهم متبادل وتعاون حقيقيين.

وأكدت على ضرورة اتباع الخطوات الأساسية التالية لتطوير وضع التبادل الثقافي:

الخطوة الأولى: تعرف على القيم الثقافية المتضمنة في تفسيرك لصعوبات الطالب أو في توصية الخدمات.

الخطوة الثانية: اكتشف فيما إذا كانت الأسرة التي تتم خدمتها تميز وتقدر هذه الافتراضات، وإذا لم تكن كذلك، كيف تختلف قيمها عن قيمك.

الخطوة الثالثة: اعترف بالفروق الثقافية واظهر احتراماً واضحاً لها، وقدم شرحاً وافياً للأساس الثقافي لافتراضاتك.

الخطوة الرابعة: من خلال المناقشات والتعاون، قرر أكثر الوسائل فعالية في تعديل تفسيراتك وتوصياتك الأخصائية لنظام القيم المتعلق بهذه الأسرة.

دور الأسرة في تنشئة الطفل:

الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة لتساعده على بناء تكوينه المعرفي وتحديد معاملاته مع الآخرين (شقير، 1999).

فالأسرة تؤدي دوراً بالغ الأهمية تجاه الطفل حيث تقوم بتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، كما أن لها دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الاجتماعية وتوفير الرعاية الاجتماعية والنفسية للطفل والإشباع المنتظم لحاجاته ودوافعه البيولوجية والسيكولوجية مما يؤدي إلى تحقيق النمو السوي والتوافق الاجتماعي (يوسف، 2007).

وإذا كانت التنشئة الاجتماعية للطفل تتم من خلال مؤسسات ووكالات اجتماعية وثقافية متعددة فإن الأسرة تقف في مقدمة هذه المؤسسات وتحجز لنفسها الإسهام الأكبر في هذه العملية (كفافي، 1999).

كما أن الوالدين والطفل يؤثر كل منهما على الآخر؛ فالأم تزاوج بين سلوكها وبين المستوى الارتقائي للطفل وفي نفس الوقت تحاول أن تستثير لديه مستويات أعلى من السلوك، والطفل يرتقي وينمو من خلال أمه (مليكة، **1998**).

الضغوط التي تتعرض لها أسر ذوي الإعاقات الجسمية والصحية:

بين كل من السرطاوي والصمادي (1998) الضغوط التي تتعرض لها أسر المعاقين جسمياً صحياً بشكل عام:

1. انعزال الأسرة عن الوسط الاجتماعي الداعم الذي يتمثل في الأقارب والأصدقاء الذين يمكن أن يقدموا العون للأسرة، والدعم النفسي لها، ويترتب على عزلة الأسرة هذه شعور الوالدين بالاستنزاف، والجهد الكبير، بسبب عدم دعم الآخرين من خارج الأسرة لهم، مما يجعل الوالدين أقل فاعلية في مسايرة الطفل المعاق، وتلبية احتياجاته. ويترتب على ذلك أن تكون فرص التعلم للطفل محدودة خارج نطاق الأسرة.
2. تطرف أدوار أفراد الأسرة وعزل الأدوار بين أعضاء الأسرة، حيث يلقى عبء العناية بالطفل المعاق على الأم، التي تحتاج إلى مساعدة الأب، الذي بدوره يميل إلى العمل والبقاء خارج المنزل، ويرى أن دوره لا يشمل العناية المباشرة بالطفل. ويزداد الموقف صعوبة، عندما يضطر الأب للعمل ساعات طويلة خارج المنزل، كي يوفر الحد الأدنى من متطلبات العيش. كذلك فإنّ استنزاف جهود الأم للعناية بالطفل المعاق، يمكن أن يؤثر على إشباع حاجات الأب والإخوة داخل الأسرة، فينشأ عدم توازن في الأدوار مما يؤثر بالتالي على الأسرة.
3. التكلفة العالية، إذ إن العناية بالطفل المعاق جسمياً وصحياً تعد مكلفة، وتتطلب توفير أموال كبيرة قد لا تستطيع الأسرة تحملها. وإذا كان المستوى الاقتصادي للأسرة منخفضاً، فإن ذلك سينعكس على الخدمات التي يجب أن يتلقاها الطفل المعاق.
4. احترام الذات للوالدين ومكانتهما الاجتماعية، إذ يتأثر إدراك الوالدين للذات والطريقة التي ينظر بها الآخرون إليهما. وينعكس ذلك على طريقة

معاملة الآخرين لهما ، إذ إن الوالدين يشعران بأنه لم يعد لهما مكانة عالية في المجتمع، كما كانا قبل وجود الطفل المعاق، ويشعران بأنّ الناس لا تحترم مشاعرهما ، وحاجاتهما الخاصة ، إضافة إلى تأثر احترام الذات لديهما.

5. الخوف من المستقبل، إذ إن الطفل المعاق جسمياً وصحياً يحتاج إلى رعاية وعناية خاصة بشكل مستمر، خاصة في الحالات الشديدة، ويعاني الوالدان من الخوف على مستقبل الطفل بعد وفاتهما ، فما الذي يمكن أن يحصل مع المعاق بعد ذلك ؟ ومن الذي سيساعده؟ وهل من الممكن أن يتدبر أمره؟ و كل هذه التساؤلات تثير الخوف والقلق لدى الوالدين.
6. صعوبة الحصول على الخدمات المناسبة للطفل، فيحاول الوالدان السعي للحصول على الخدمات المناسبة للطفل. وفي كثير من الأحيان لا يقتنع الوالدان بما يقدمه لهما الاختصاصيون في المجالات المختلفة، ويصبح لديهما شك وعدم تيقن، مما يدفعهما لاستشارة أكثر من اختصاصي. وفي بعض الأحيان يواجهان بآراء متباينة عن الطفل، مما يزيد في شكهما ، والوصول إلى عدم الثقة بالاختصاصين. وتصبح العلاقة بينهما وبين الاختصاصين سلبية ، لا يسودها التفهم والثقة ، وإنما العداء وعدم الثقة ، ويتضح ذلك في حالات الإعاقة الغامضة التي لا تتضح مظاهرها.
7. آثار العلاج الطبي، إذ يحتاج المعاق جسمياً وصحياً في كثير من الأحيان إلى العناية الطبية، والإقامة في المستشفى للعلاج. والتعرض للألم، وذلك نتيجة للتدخلات الطبية أو الجراحية، مما يجعل الطفل منفصلاً عن والديه وأسرته، وينعزل عنهم، ولا سيما إذا تكرر دخوله وخروجه من المستشفى فيشعران بأنهما لا يستطيعان مساعدة الطفل على تخطي هذه المشاعر، وأنهما مسؤولان ولو جزئياً عن تلك المشاعر، مما يؤدي بهما إلى القلق والشعور بالذنب.
8. نقص مهارات العناية بالطفل، وليس مهارة في التعامل مع الطفل وإعاقته، وذلك لعدم توافر المعلومات، وانعدام التجارب الشخصية والعائلية، مما

يزيد من أعباء الوالدين وسعيهما إلى التعرف على الإجراءات التي يجب استخدامها لتلبية احتياجات الطفل المعاق.

9. عدم التمتع بأوقات الفراغ بسبب الرعاية المتواصلة التي يجب توفيرها للطفل المعاق من قبل الأسرة، فلا تجد الأسرة وقت فراغ يروح فيه أفرادها عن أنفسهم، خاصة في أيام الإجازات والعطل. وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم وجود مؤسسات العناية المؤقتة التي يمكن أن توفر خدمات للطفل عندما يشعر أفراد الأسرة بالحاجة إلى الراحة، أو الترويح عن أنفسهم.

اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الإعاقة:

هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان خاصة بأطفالهما حديثي الولادة فإذا ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة مشاعر مختلفة من الخوف والألم، وخيبة الأمل، والشعور بالذنب والارتباط والعجز والقصور (يوسف، 2007).

إن أول رد فعل للوالدين هو شعورهم بالصدمة حيث ينتابهما مشاعر الرفض وينكران وجود أي مشكلة لدى الطفل، ثم تأتي مرحلة الإدراك والفهم حيث يدركان أن هناك مشكلة لدى طفلهما ويصاحب ذلك قلق شديد واكتئاب ثم مرحلة الانسحاب أو التراجع، حيث يرغب الوالدان في التراجع وترك كل شي يقوم به شخص آخر غيرهما، وفي النهاية تأتي مرحلة الاعتراف والقبول وهي المرحلة الأخيرة في الأزمة النفسية التي يمر بها الوالدان ولكن لا نستطيع قول ذلك بشكل قاطع حيث يظل الوالدان يتمنيان دائماً لو أن طفلهم ليس لديه مشكلة حتى يمكنهما التكيف مع الحقائق (صادق،2002). ومما سبق ذكر الأشول (1993) أنه يمكن تلخيص أهم ردود الفعل الشائعة لدى الوالدين فيما يلي:

- القلق، والشعور بالذنب والإحباط، واليأس، والعجز عن مواجهة الموقف.
- التشكيك في التشخيص.
- الاعتراف بإعاقة الطفل دون تبصير المشكلة.
- التبصير بمشكلة الطفل وقبول إعاقته والسعي إلى تعليمه وتأهيله.

العوامل التي تؤثر على اتجاهات الأسر نحو الإعاقة:

بين كل من نورثرن وداونز (Northern & Douns,1991) وجود مجموعة من العوامل التي تؤثر على ردود فعل الأسر نحو الإعاقة، وهي تشمل:

أ. خصائص استثنائية الطفل:

Characteristics of the child's Exceptionality

- تؤثر طبيعة إعاقة الطفل على حياة الأسرة.
- غالباً ما يقضي الآباء وقتهم في توضيح إعاقة ابنهم للآخرين.

وقد ذكر بلاشر (Blacher,1984) أن هناك قدرات وإعاقات متعددة سوف يكون لها آثار مختلفة على حياة الأسرة: أولاً، سوف تقرر طبيعة الاستثنائية رد فعل الأسرة. فالطفل الأصم يتحدى الأسرة لتغير نظام الاتصال الخاص بأفرادها؛ هل سيستخدم أفراد الأسرة لغة الإشارات أم الكلام من أجل التواصل؟ وإذا كان الخيار هو لغة الإشارات للتواصل، هل لدى كل فرد من أفراد الأسرة الرغبة بالالتزام بحضور دروس في لغة الإشارة ؟ كما أن المريض مرضاً مزمناً يجهد الأسرة مادياً وانفعالياً، ويحتاج الطفل المصاب بصعوبات تعليمية إلى دعم أكاديمي زائد وقد يدفع الأسرة لفحص التركيز الذي يضعونه على التحصيل المدرسي.

وقد يكون "لدرجة" الاستثنائية تأثيراً أيضاً على ردود فعل الأسرة، فالأطفال الذين يعانون من إعاقات شديدة قد يبدون ويتصرفون بشكل مختلف تماماً عن الأطفال الآخرين. وعلى الرغم من أن هذه العوامل تشعر الأسرة بالعار من ناحية، إلا أنها توصل من ناحية أخرى فكرة أن الطفل مصاب بإعاقة مما يريح الأسرة من الاضطرار للتوضيح، فبعض الإعاقات من مثل الصمم وصعوبات التعلم تكون "غير مرئية"؛ فهناك احتمال أقل لأن تبدو ظاهرة للعيان من مجرد إلقاء نظرة على الطفل، وغالباً ما تقوم الأسر التي لديها أبناء مصابون بإعاقات بوصف الإجهاد والإحباط اللذان يترافقان مع التوضيحات المستمرة والمتعلقة بالإعاقة التي يعاني منها طفلهم للعائلة والأصدقاء والغرباء، وذكر بيري وهاردمان (Berry & Hardman,1998) أن الإعاقات تفرض متطلبات متعددة على أفراد الأسرة.

و تؤثر متطلبات الاستثنائية أيضاً على قدرة الأسرة على الاستجابة، فالأطفال الذين يعانون صحياً ويحتاجون إلى معدات خاصة مثل جهاز تنفس الأكسجين أو أنابيب في الأمعاء يحتاجون إلى رعاية هائلة من الأسرة، والأطفال الذين يستخدمون كرسي عجلات، أو من يستخدمون معدات أخرى يحتاجون إلى تعديلات خاصة في البيت. فقد يكون الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية عدائيين لأنفسهم وللآخرين وللأشياء ضمن نطاق المنزل، وتفرض كل استثنائية قيودها المتفردة على حياة الأسرة، حتى الموهبة لا تعتبر استثناء؛ فقد تخلق حاجة الطفل الموهوب للدروس والتعليم أو إلى انتباه خاص صعوبات للأطفال الآخرين في الأسرة.

ب. خصائص الأسرة Characteristics of the Family:

ذكر تيرنبول وتيرنبول (Turnbull&Turnbul,1997) أنه بالإضافة إلى طبيعة ومتطلبات استثنائية الطفل، تمتلك كل عائلة صفات وميزات تجعلها متفردة. ومن بين هذه المزايا ترتيب الأسرة صورة الأسرة وحجم الأسرة؛ ونعني بترتيب الأسرة الأشخاص البالغين الموجودين في الأسرة. ويمكن أن يشمل هذا أحد الوالدين أو كلاهما، زوج الأم أو زوجة الأب، أو الوالدين المتبنيين وأفراد الأسرة الممتدة من مثل الأجداد والعمات أو الخالات والأعمام أو الأخوال، وأبناء العم أو الخال أو العمة أو الخالة وبنات العم أو الخال أو العمة أو الخالة، وأصدقاء الأسرة. وقد يكون هناك شخص بالغ واحد يعيش مع الطفل، أو أشخاص عديدون، وبالنسبة للطفل الذي يعمل والداه، قد يكون الراعي للطفل أثناء غياب الوالدين خلال ساعات العمل أساسياً لترتيب الأسرة. ويرتبط بترتيب الأسرة حجم الأسرة والذي يعود عادة إلى عدد الأطفال في الأسرة، فقد تكون القضايا المتعلقة بالأسر التي لديها طفل واحد مختلفة عن تلك المتعلقة بالأسر الأكبر حجماً. وعندما يكون هناك إخوة وأخوات، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار حاجاتهم في ضوء حاجات شقيقهم الاستثنائي (Hunt ،Baker Mednick,1987).

وقد أشار دنجل وهنت (Dingle & Hunt,2001) أنه ومن خلال دخل الأسرة، التعليم والاستخدام يتم تقرير الحالة الاجتماعية الاقتصادية.

وبينت كلين وشين (Klein & Chen,2001) أن لثقافة الأسرة أثراً عميقاً على نظرتها للعالم وعلى اتجاهاتها نحو الطفل الاستثنائي. بينما أشار دوريس (Dorris,1989) إلى أن هناك جماعات بعض الأسر تعتقد أن ولادة طفل معاق تنتج عن لعنة أصابت الطفل، أو

عن آثار روح شريرة. وذكر زونيجا (Zuniga,1998) أن هناك أسراً أكثر ميلاً لاستخدام التفسير العلمي لفهم سبب إعاقة الطفل. ويرى المؤلفان أن خلفية الأسرة الدينية يمكن أن توفر الراحة والدعم للعائلة.

ج. أثر الاستثنائية على وظائف الأسرة:
Impact of Exceptionality on Family Functions

تشمل الوظائف العائلية جميع المهام التي تؤديها الأسرة لتلبية احتياجاتها، وتكون الأسرة التي لديها أطفال استثنائيون مسؤولة عن "وظائف عائلية" معقدة تشمل جميع المهام التي تقوم الأسرة بها لتلبية احتياجاتها، ويمكن أن تضيق الحالة المادية للعائلة بسبب الحاجة إلى تقويم وخدمات إحصائية مستمرة، فرعاية الطفل الاستثنائي وتلبية حاجاته اليومية يمكن أن تكون وظيفة كاملة بحد ذاتها: إطعام، إلباس، ذهاب إلى التواليت، ونقل الطفل المصاب بإعاقات شديدة تمثل أعمالاً مضنية للعائلة، وغالباً ما تتم التضحية بحاجات الوالدين المتعلقة بالتطبيع وتعريف الذات من أجل تلبية حاجات الأطفال. ويتوقع أن تكرس الأسرة وقتاً وطاقة كبيرين لتلبية الحاجات التعليمية والمهنية لطفلهم الاستثنائي، وقد ينجم عن عدم تلبية حاجات أفراد الأسرة الإجهاد.

وعندما تعمل مع عائلة طفل استثنائي، عليك أن تأخذ بعين الاعتبار حاجات الأسرة جميعها ومسؤولياتها من أجل القيام بالوظائف العائلية التي تقوم بها الأسرة في ذلك الوقت. وتكون هذه المسؤوليات متحدية لأي أب ومغامرة شديدة لدى الأسر المؤلفة من والدين ومرتاحة مادياً، وتكون مركبة لدى الأسر المؤلفة من والد واحد، لدى تلك الأسر التي يكون فيها الضيق المادي حقيقياً. ويجب أن تتحدد توقعاتك بالنسبة لأسر الأطفال الاستثنائيين بتقدير للمسؤوليات المتضمنة في تلبية حاجاتهم الكلية، وسوف تساعد اقتراحاتك المفيدة الوالدين في توظيف استراتيجيات فعالة لتسهيل تطوير الأطفال لروتينهم اليومي، وسوف يكون هناك أوقات أيضاً حين يكون بإمكانك تقديم وسائل إضافية للتعامل مع متطلبات حياتهم العائلية والإجهاد الذي ينتج عن حاجاتهم التي لم تتم تلبيتها.

د. مواقف الأشقاء Among Sibling:

بين باهل وكوين (Bahl & Quine,1985) أن على أشقاء وشقيقات الأطفال المصابين بإعاقات أن يشاركوا في رعاية أشقائهم. ويعتقد ميلستيد (Milstead,1988) أن من المهم دعوة الأشقاء للمشاركة في قرارات تتعلق بشقيقهم أو شقيقتهم المصابين بإعاقة وأحياناً في المساعدة في برامج الطفل الاستثنائي التربوية. وفي هذا الصدد قام سوينسون - بيرس وكوهل وايجل (Swenson-Pierce,Kohol, & Eagle,1987) بتعليم أشقاء لكي يعلموا أشقاءهم وشقياتهم المصابين بإعاقات شديدة ووجدوا أنهم كانوا معلمين ناجحين؛ حيث زاد تعاملهم مع أشقائهم المصابين بإعاقات شديدة من أدائهم المستقل للمهارات التي يتم تعليمها. وذكر (Dorris،1989) أن العديد من الإخوة والأخوات يكونون معلمين طبيعيين لأشقائهم الاستثنائيين، كما تستفيد الأسرة من هذه التفاعلات الإيجابية.

هـ. الأسرة الممتدة The Extended Family:

ذكر جاربارين (Garbarino,1990) أن وجود الأسرة الممتدة والتي تشمل الأجداد والعمات والأعمام وأبناء الأخ وأبناء الأخت والأخوال والخالات وأقارب آخرين، قد يكونون عناصر دعم ومساعدة، وقد يعيش أفراد الأسرة الممتدة مع والدي الطفل والطفل أو بعيداً عنهم، وقد يكونون راعيين بدلاء بالإضافة إلى تقديمهم للدعم العاطفي (وأحياناً الاقتصادي) للوالدين المجهدين بشكل مبالغ فيه.

المراحل التي يمر بها الزوجان بعد ولادة الطفل المعاق:

1. مرحلة الصدمة (Shock): حيث يصاب الوالدان بصدمة عندما يعلمان أن طفلهما معاق.
2. مرحلة الإنكار (Denial): وتتمثل في رفض الوالدين إعاقة طفلهما والتشكك فيما يقوله المختص نتيجة عدم الثقة في التشخيص.
3. مرحلة الغضب (Anger): وذلك بأن يتأكد الوالدان فعلياً أن طفلهما يعاني من إعاقة سمعية بعد الرجوع لأكثر من اختصاصي فيغضب الوالدان لكون الحظ لم يحالفهما في إنجاب طفل سليم ولأن أحلامهما لم تتحقق.

4. مرحلة الشعور بالذنب (Guilt): حيث يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير إزاء إعاقة طفلهما وذلك اعتقاداً منهما بأنهما معاً أو واحداً منهما هو السبب في هذه الإعاقة.
5. التقبل والاعتراف (Acceptance and Recognition): بعد أن يقتنع الوالدان بأن الأمر قد حدث فعلاً وأنه لا مجال للتراجع فيه أو العلاج، وأنه أيضاً لا مجال لإلقاء اللوم على أحد الأطراف وعليهما أن يتقبلا طفلهما بوضعه الحالي. وهناك اتجاه آخر وهو عدم الاكتراث والإهمال ويكون ذلك بعدم التقبل للطفل، والإهمال له بشكل واضح فلا يكترثون لمظهره وملبسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الصحية الكافية ويحاولون إخفاءه في المؤسسات الداخلية للمعاقين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصاً الاجتماعية منها (السرطاوي، وسالم، 1986).

خصائص الاتجاهات:

على الرغم من تعدد التعريفات في أدبيات الاتجاهات وصعوبة الاتفاق على تعريف شامل وموحد لها، إلا أنه توجد مجموعة من الخصائص المشتركة فيما بينها يمكن إنجازها من خلال ما أشار إليه الزبيدي (2003) على النحو التالي:

1. تتصف الاتجاهات بأنها مكتسبة ومتعلمة من خلال البيئة، وهي تتشكل نتيجة للمثيرات والخبرات والتنشئة الاجتماعية.
2. للاتجاهات خاصية تقييمية، من حيث إنها سلبية أو إيجابية أو محايدة، أو أنها قد تكون ضعيفة أو قوية نحو شخص، أو موقف، أو فئة، أو فكرة أو شيء معين.
3. تتميز الاتجاهات في مجال السلوك الإنساني باعتبارها ذات خاصية ديناميية لتحفيز الدوافع الإنسانية.
4. من خصائص الاتجاه أنه يمكن الاستدلال عليه من خلال سلوك الفرد المُلاحظ نحو موضوع أو شيء معين.
5. كما أن الاتجاهات تتصف بالثبات والاستمرار النسبي، فيمكن قياسها وتقويمها، وهي محددة بموضوعها.

6. ومع أنها ثابتة نسبياً، إلا أنها تتصف بقابليتها للتعديل والتغيير والتطوير وفقاً لشروط معينة.
7. والاتجاه عبارة عن علاقة متضمنة بين الفرد وموضوع أو شيء ما من البيئة.
8. وتتصف الاتجاهات بثلاثة مكونات تكمل بعضها بعضاً ولها علاقة بتوجيه الاستجابة وتحديدها سواء بالسلب أم الإيجاب وهي: المكون المعرفي، والانفعالي، والسلوكي.

أهمية الاتجاهات:

تؤدي الاتجاهات دوراً مهماً من خلال استجابة الأفراد للمثيرات المختلفة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية بالسلب أو بالإيجاب (الزبيدي، 2003)، وهي تساعدهم على التكيف في الحياة الواقعية والاجتماعية، وتقبل الاتجاهات التي تعتنقها الجماعة في البيئة التي يعيشون فيها (الكندري، 1992).

وترجع أهمية الاتجاه إلى أنه "الأساس المحرك للجماعات لإحداث عملية الاتصال والتواصل بين الأفراد لتكوين جماعات بين الجماعات لإيجاد نسق من القيم والمعايير والنماذج الثقافية المختلفة" (السيد وعبد الرحمن، 1999).

مكوّنات الاتجاه:

إن العلماء والباحثين في مجال علم النفس الاجتماعي يتفقون على أن للاتجاه ثلاثة مكونات رئيسة مترابطة فيما بينها مكونة اتجاهاً نحو شيء أو موضوع أو شخص أو جماعة أو فئة أو فكرة ما، وهي على النحو الآتي:

1. المكون المعرفي **Component Cognitive**: ويشمل المعتقدات والأفكار التي يحملها الفرد عن موضوع ما.
2. المكون الوجداني **Affective Component**: ويشير إلى مشاعر الفرد وانفعالاته نحو موضوع الاتجاه.
3. المكون السلوكي **Component Behavioral**: ويشير إلى نزوع الفرد للقيام بأفعال معينة لموضوع الاتجاه.

ويُلاحظ أن مكونات الاتجاه تتباين من حيث درجة القوة والاستقلال فقد يكون لدى فرد ما معلومات كافية عن الإعاقة (المكون المعرفي)، إلا أنه لا يشعر

نحوه بارتياح قوي (المكون الوجداني) يؤدي به للقيام بإبعاده عنه (المكون السلوكي). (Himmelfarb & Eagly,1974)، أي أن اتجاه الفرد نحو الإعاقة يتكون مما يعتقده عنه، وما يشعر به نحوه، وما ينزع إلى فعله به (الشناوي، 1997).

تغيير الاتجاهات:

يشير الزبيدي (2003) إلى أن تغيير الاتجاه يقصد به انتقاله من حالة معينة إلى حالة أخرى مختلفة تماماً أو متناقضة معها، وقصد بتعديل الاتجاه إدخال تعديلات على حالته أو الدرجة التي يقف عندها، مع الحفاظ على طبيعة تكوينه.

ويدرك العلماء صعوبة تغيير اتجاهات الأفراد والجماعات، التي تكونت منذُ التنشئة الأولى في الحياة الأسرية في المجتمعات واستطاعت أن تبني لها نسقاً من القيم والمعايير والنماذج الثقافية المختلفة والخاصة، وبما أن الاتجاهات تعد ثابتة نسبياً، وهي مكتسبة ومتعلمة، فهي قابلة للنمو والتعديل والتغيير بحسب قوانين التعلم.

ويشير كل من الكندري (1992) والزعبي (2001) إلى أن هناك دراسات كثيرة تناولت وسائل عديدة لتعديل الاتجاهات، وأوضحت أن هناك طرقاً كثيرة لتغيير الاتجاهات، ومن أهمها:

1. تغيير الفرد للجماعة التي ينتمي إليها: فلقد وجد أنه كلما كان الفرد متوحداً مع الجماعة، كان تغيير اتجاهه أمراً صعباً، ولذا فإن تغيير الفرد إلى جماعة أخرى يؤدي به إلى تغيير اتجاهه.
2. تغيير الموقف أو الوضع الذي يمر به الفرد: مما لا شك فيه أن تغيير حالة الفرد الاقتصادية أو ترقيته في العمل أو حصوله على شهادة عالية، هي من العوامل التي تؤدي بتغيير اتجاهه، وكذلك يؤدي الزواج إلى تغير الاتجاهات نحو السلوك الاجتماعي.
3. تغيير السلوك بشكل قسري: وهذه من العوامل الواضحة في تغيير الاتجاهات عندما يتم تغيير مقر عمل فرد ما إلى مكان آخر مثلاً، ويؤدي به إلى تغيير مكان السكن، وتكوين علاقات جديدة في المجتمع الجديد.
4. الاتصال المباشر بموضوع الاتجاه: عندما يتصل الفرد اتصالاً مباشراً بموضوع الاتجاه، يؤدي إلى إتاحة الفرصة لتعرف جوانب متعددة مما يؤدي بالفرد لتغيير اتجاهه.

5. المعلومات الجديدة: تعد المعلومات الجديدة عن موضوع ما أداة مهمة في تغيير اتجاهات الفرد نحوه.
6. تغير اتجاه الفرد نتيجة لضعف الشخصية: لقد بينت بعض الدراسات بأن الأشخاص الذين لديهم ضعف في الثقة بالنفس يكونون أكثر عرضة لتعديل وتغيير اتجاهاتهم.
7. المناقشة والقرار الاجتماعي: يلاحظ أن للمناقشة أثراً في تغيير الاتجاهات عن موضوع ما من خلال أخذ القرارات الجماعية فيه، مثل المؤسسات الاجتماعية والمنظمات العالمية.
8. وسائل الإعلام في تغيير الاتجاهات: لقد أصبحت وسائل الإعلام المختلفة أداة مهمة في تكوين وتعديل وتغيير الاتجاهات التي يوجهها المستفيد نحو الناس لتوجيههم لشيء مستهدف ذي منهج مرسوم من قبل مؤسسة أو أفراد أو جماعات أو دولة بغرض إحداث تغيير ما.
9. التعليم والبرامج العلمية: للعملية التربوية العلمية والبرامج التعليمية أثر في تغيير الاتجاهات بالسلب أو الإيجاب لكل من الإداريين والمعلمين والطلاب والجو المدرسي.

إن الاتجاهات مستقرة نسبياً لدى البالغين ومكتسبة، وهي لا تعني أنها لا تتغير أو لا تتعدل، ولكي يتم تعديلها أو تغييرها فعلى المخطط لذلك أن يجمع المعلومات الكافية والدقيقة ليستطيع من خلالها أن يكمل ما نقص ويصلح التشويهات التي حدثت ويستبدلها بخبرات أكثر صحة لتطوير الاتجاهات بشكل إيجابي نحو الموضوع أو الشيء أو الفرد أو الجماعة (الزبيدي، **2003**).

اتجاه الأسر نحو التوحد:

لقد حظي مفهوم الاتجاه في مجال علم النفس الاجتماعي والدراسات النظرية والتطبيقية باهتمام كبير من قبل العلماء والباحثين، مما دعا جوردون ألبرت (Gordon Allport) بوصفه عام (1935) بأنه " المفهوم الأكثر تميزاً الذي لا غنى عنه لعلم النفس الاجتماعي الأمريكي المعاصر". كما تبين من منشورات علم النفس

الحديث أن مفهوم الاتجاه ما زال من أهم المفاهيم النفسية في دراسة علم النفس الاجتماعي (العنزي، 2001).

ويبدو أن هربرت سبنسر الفيلسوف الإنجليزي مؤلف كتاب "المبادئ الأولى" الصادر عام (1862) يُعد من أسبق العلماء لاستخدام مصطلح (Attitude) الذي يقابله بالعربية الاتجاه، وللاتجاهات تعريفات متعددة تختلف باختلاف التوجهات النظرية والفلسفية والإجرائية، للعلماء والباحثين:

- يرى تشابمان (Chapman,1987) أن الاتجاه بمثابة استعداد عقلي يؤدي بشخصٍ ما للاستجابة بطريقة مميزة إزاء مثير بعينه.
- ويشير دسوقي (1988) إلى أن الاتجاه هو تهيؤ عقلي للاستجابة لموقف ما من خلال رد فعل معد مسبقاً نحو الأشخاص والأشياء والنظم والقضايا.
- ويشير كروس وآخرون (Cross & etal,2004) إلى أن الاتجاه هو الانطباع الذي يبديه الشخص سلباً أو إيجاباً نحو موضوع ما.
- وأشار القريوتي (2006) إلى أن التدخل المبكر يهدف إلى إحداث تغيير في اتجاهات ومعتقدات كل من أولياء الأمور والمدرسين نحو الطفل المعاق. وأشار أيضاً إلى أن لتدخل الوالدين في البرامج الخاصة بالأطفال المعاقين تأثيراً لأنه يؤخذ بعين الاعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الإعاقة إلا مع وجود تأثير من قبل الوالدين لما لدورهما من أهمية في المساعدة في التدريب، كما أن اشتراك الآباء في برنامج لتعليم أبنائهم ذوي الإعاقة يكون له تأثير إيجابي في أبنائهم غير المعاقين حتى يكونوا قدوة لإخوتهم، بالإضافة إلى أن هناك مستويات كثيرة يمكن أن ينتقل بها الآباء من مستوى لآخر أكثر تقدماً لكن خوفهم من الوقوع في الخطأ وعدم معرفتهم خصائص الطفل يجعلهم ينقصون من قدراته.

إن إرشاد الوالدين وأسر الأطفال المعاقين يجب أن يكون شيئاً أساسياً في برامج التدخل المبكر، لذلك يجب وضع خطة تدريب مبسطة لتعريف الأسرة بالطريقة المثلى لتعليم الطفل المعاق ومساعدته للاعتماد على ذاته حتى تكون الأسرة أكثر تقبلاً له ويتحمل مسؤولية نفسه مع دعم الأسرة لرعايته وبذلك لا يعتمد الطفل المعاق على الأهل كلياً ولا يعود الأهل إلى إخفاء طفلهم عن الناس.

وبالتالي تتنوع طرق التدخل المبكر؛ فهناك التشخيص المبكر والإرشاد النفسي المبكر وإجراءاته العلاجية وأنظمته التربوية والتي تغير دور الأسرة من كونها متلقية إلى مشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالخدمات.

اتجاه الأسر نحو المعاق سمعياً:

لابد أن يكون العمل مع الطفل المعاق في ظل التفاعل مع الأسرة والنظر إليه كعضو فعال كونها تمده بكم هائل من المعلومات والمهارات التي يحتاجها، وتزوده بالخبرات الضرورية لحياته وتقدم له الدعم المعنوي بالتشجيع والإثارة، وتمده بالتغذية الراجعة التي تنمي قدراته، وإمكاناته (مرسي، 1996).

وذكر ماكميلان وتيرنبول (MacMilan & Turnbull, 1983) أنه من الضروري مد يد العون والمساعدة لتلك الأسر وذلك لتحسين ظروفها وتشجيعها على تقبل الإعاقة بتقديم الخدمات المتنوعة، وبتبصيرها بخصائص إعاقة طفلها، وتدريبها بكيفية التعامل معه، والاهتمام بباقي أفرادها للتخفيف من الأعباء الجديدة التي تتعرض لها لتبقى مترابطة وقادرة على خفض توازنها ورعاية أطفالها.

وبما أن البذور الأولى للشخصية تغرس في السنوات الأولى من حياة الطفل فهذه المرحلة هي مرحلة التشكيل والتعديل، والنمو وذلك من خلال التفاعل والاحتكاك مع عناصر البيئة المحيطة (عبد الرحيم، 1997).

فضلاً عن ذلك فإن إدراك الطفل، وشعوره بالتقبل، والتقدير، والأمان، والثقة من الأسرة عامة والأم خاصة يجعله يشعر بأنه مقبول اجتماعياً، وله دور فعال داخل الأسرة وخارجها، وأن ما يسلكه من سلوك ملائم له هدف وقيمة، ومعنى في الحياة (السرطاوي والشخص، 1998). لذا فإن للوالدين دوراً كبيراً في تحسين التوافق للطفل المعاق سمعياً، وذلك بتبصرهم بمشاكل الطفل وحاجاته، بالإضافة إلى إكسابهما الاتجاهات الإيجابية له في تربيته (Warren&Hasenstab, 1986). وعند ولادة الطفل المعاق سمعياً، يحدث خلل في ترابط الأسرة وتماسكها، وتظهر لدى الوالدين مشكلات، وسوء توافق وتكيف، وكان يظهر بين آباء الأطفال المعاقين اتجاه نحو نكران إعاقة الطفل (Denial of Reality) فهم يرونه شيئاً غير عادي في الطفل.

معوقات اندماج الأفراد ذوي الإعاقة السمعية والبصرية في أسرهم:

تعتبر الأسرة المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل وهي مسؤولة عن القيام بأدوارها الأساسية من تربية وتعليم وتوفير كافة السبل لنجاح البرامج التربوية والتأهيلية والعلاجية للطفل، وهذا الدور منوط بالأسرة تجاه أبنائها سواءً أكانوا يعانون من صعوبة ما أم لا يعانون، وتتجلى أهمية دور الأسرة إذا كان الطفل ذا حاجة خاصة، وقد أثبتت الدراسات أن الأسرة تؤثر بشكل حاسم على نمو طفلها، فإذا قامت الأسرة بوظائفها بشكل مناسب فإن تأثيرها سوف ينعكس بشكل إيجابي على نمو الطفل (الخطيب وآخرون **1995**، أبو النصر، **1995**).

إن مفهوم الاندماج الأسري يشير إلى إعادة بناء نظام الأسرة بما يساعد في استيعاب المعاق بصرياً وزيادة فرص مشاركته في أنشطتها المتنوعة والتواصل الإيجابي مع أفرادها.

ويرى المؤلفان أن ردود فعل الأسرة نحو طفلها تبدأ منذ لحظة الحمل وقبل أن يخرج الطفل إلى هذا العالم حيث يسيطر على الأم في كثير من الحالات المخاوف والشكوك بشأن ولادة طفلها الجديد، وقد تخاف من أنها سوف تواجه مشكلات أثناء الولادة، وهل ستكون الولادة طبيعية أو غير طبيعية، وتزداد درجة مخاوف الأم إذا كانت واعية بمخاطر الحمل ومشكلاته أو إذا تعرضت لخبرات سابقة، وسواء أكانت الولادة طبيعية أم تعرضت الأم لصعوبات أثناء الولادة فسوف ينتج عنها ولادة طفل قد يكون طبيعياً بكل خصائصه، وقد يعاني من خلل أو مشكلات تظهر بعد الولادة مباشرة أو في مراحل العمر اللاحقة.

ويعتبر دور الوالدين من الأمور المهمة جداً في تطور النمو النفسي للأفراد المعاقين بصرياً وسمعياً، فالمواقف السلبية كالرفض والإهمال واليأس والقلق والاستخفاف بقدراته وتجريحه والنظر إليه نظرة دونية، وبأنه إنسان أقل قدرة ومكانة مقارنة بإخوانه، وعدم السماح له بالمشاركة والإيمان أن العمل معه مضيعة للوقت، وفقدان الأمل منه نظراً لعجزه فكل هذه المواقف وغيرها تعطل عملية اندماج المعاق في أسرته، وتغلق الطريق أمامه كي ينشأ النشأة الطبيعية المناسبة وتجعله يعيش على هامش الحياة بعيداً عن النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه، وهو ما أكدته أيضاً التوجهات

الحديثة في التربية الخاصة من التركيز على أهمية دور الأسرة في إعادة اندماج المعاق سمعياً بالمجتمع.

مما لا شك فيه أن المعاملة المبنية على أسس التفهم والتقبل للمعاق تزيد من مستوى تكيفه الاجتماعي وأن معرفة الآباء بطرق وأساليب التواصل مع المعاق وتوفير كافة الظروف والمثيرات التربوية يزيدان من مستوى تحصيله الأكاديمي، فإذا تنبه الأهل إلى هذه العوامل وعملوا على تحقيقها، فسوف يندمج المعاق في جو الأسرة بسهولة ويسر.

إن نجاح المعوق أو إخفاقه في الاندماج لا يرتبط بخصائصه فقط بل يرتبط باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت مستوى الاندماج الأسري للمعاقين سمعياً؛ فدراسة السرطاوي وسيسالم (1990) بينت أهمية التعاون بين الأسرة والعاملين في رعاية المعاقين، وأوضحت الدراسة أهمية الوسائل والأساليب وطرق التدريب المختلفة التي يمكن استخدامها مع أولياء الأمور لتشجيعهم على أداء دورهم كأولياء أمور ومربين تربويين لأبنائهم، مما يساعد في زيادة إدماج المعاق في جو الأسرة نتيجة لفهم أولياء أمور المعاقين لظروف وإمكانيات أولادهم وإمكانية المشاركة في تدريبهم وعلاجهم والتغلب على إحباطاتهم المتكررة.

كذلك أجرت يحيى (1999) دراسة للتعرف على المشكلات التي يواجهها ذوو المعاقين عقلياً وسمعياً وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات بالأردن، وتكونت عينة الدراسة من (90) أسرة في مدينة عمان ممن يلتحق أحد أبنائها بمؤسسة خاصة للعناية بالإعاقة منها (30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة عقلية، و(30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة حركية، و(30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة سمعية. أظهرت نتائجها أن ترتيب المشكلات لدى أهالي المعوقين كانت المشكلات الانفعالية والاجتماعية وآخرها المشكلات الاقتصادية، وأظهرت نتائج تحليل التباين وجود فروق في المشكلات الانفعالية لذوي المعاقين تعزى إلى نوع الإعاقة، ولم تظهر هناك فروق في المشكلات الأخرى تعزى لهذا المتغير، كما لم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة في المشكلات التي يواجهونها بحيث يمكن أن تعزى لمتغير عمر المعاق أو جنسه، لكنها وجدت أثراً للتفاعل بين العمر ونوع الإعاقة في المشكلات الاقتصادية.

وقد أجرى فتحي (1998) دراسة على عينة مكونة من آباء وأمهات المعوقين سمعياً لمعرفة مشكلات إدماج الطفل المعوق سمعياً في أسرته وكيفية التغلب عليها، وقد أظهرت نتائجها أن مشكلات الدمج تتمثل في الأبعاد التالية وهي مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب أهميتها:

1. الاستخفاف من جانب الأسرة بنمو الطفل المعوق سمعياً.
2. اضطرابات مواقف التواصل بين الطفل المعوق سمعياً وأسرته.
3. الحالة النفسية والانفعالية التي تعيشها الأسرة.
4. اتجاهات وسلوك الأسرة تجاه الطفل المعوق سمعياً.
5. تدني مستوى الخدمات المقدمة للأسرة لمساعدتها.
6. عدم وعي الأسرة بالمعلومات الخاصة بالإعاقة السمعية والمعوق سمعياً.
7. طبيعة وخصائص شخصية الطفل المعوق سمعياً عند التعامل معه.

أما الدراسات الأجنبية؛ فإن كووي قد وجد (Cowie,1987) أن وجود معاق سمعياً في الأسرة يعمل على خلق مشكلات بين أفراد الأسرة، فقد أشارت دراسته إلى أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين وجود الحالة والمشكلات المختلفة، ويرجع كووي أسباب تلك المشكلات إلى صعوبة التواصل مع المعوق سمعياً مما يؤدي إلى تعب الطرفين من عملية التواصل، وصعوبة استخدام المعاق سمعياً اللغة المنطوقة التي يتواصل من خلاله الأهل.

كذلك فقد قام فريمان وآخرون (Freeman et. al,1975) بإجراء دراسة على (120) أسرة من أسر المعاقين سمعياً، حيث أشارت نتائجها إلى أن المشكلات النفسية والاجتماعية للأسرة تظهر من جراء وجود معاق سمعياً بالأسرة، وأشارت النتائج إلى أن وجود المشكلات النفسية والاجتماعية تعزى إلى عمر المعاق.

أما فينستين (Feistein,1983) فقد أشارت إلى أن مشكلات الأسرة الاجتماعية والنفسية الناشئة عن تعامل الأسرة مع الطفل تنعكس آثارها السلبية على المعوق سمعياً بحيث تعوق عملية الفهم وتؤخر النمو اللغوي لديه.

وقام فاربر وبلاكمان (Farber & Blackman,1956) بإجراء دراسة للتعرف على أثر الإعاقة في العلاقات الأسرة وقد وجد أن جنس المعاق يؤثر على درجة التكامل والتكيف في الحياة الأسرية بين الوالدين.

وخلصت دراسة سيفرت (Sefrt,1970) إلى أن وجود معاق سمعياً بالأسرة يفرض عليها اتخاذ أساليب معينة في التنشئة الاجتماعية، حيث أظهرت الدراسة أن الأسر التي يعاني أحد أفرادها من الإعاقة السمعية تميل إلى الحماية الزائدة والإهمال والتدليل والتفرقة والنبذ، ولهذه الأساليب آثار سلبية على نمو شخصية المعاق سمعياً، ومستوى نضجه الاجتماعي والنفسي.

كيفية تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل المعاق:

ذكر كل من بيلي وسكنر ورودريجز وجات وكوريا (Bailey, Skinner, Rodriguez, Gut and Correa, 1999) أنه يمكن أن يتم تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل ذي الحاجات الخاصّة عن طريق:

- إدراك الوالدين لإمكانيات وقدرات الطفل وتقديرهم لها دون التركيز على جوانب الضعف فقط.
- إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل والاحتكاك مع أقرانه الطبيعيين في نفس المرحلة العمرية.
- وضع توقعات واقعية لأداء الطفل في ضوء قدراته وإمكانياته.
- إتاحة الفرصة للطفل لتنمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في انتقاء الأهداف وتحديدها.
- البحث عن الخدمات التعليمية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور والضعف بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك.

فالطفل ذو الحاجات الخاصة غالباً ما يمكنه الحياة بصورة مستقلة عن الآخرين وممارسة عمل أو حرفة يتكسب منها، حيث إن النجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء إنما يعتمد على القدرات المختلفة والنضج الاجتماعي والانفعالي.

دور الأسرة في التدخل المبكر:

The Role of the Family in Early Intervention

يشمل دور الأسرة في برامج التدخل المبكر المشاركة في تحديد البدائل التربوية المبكرة المناسبة للطفل، ومساعدة الاختصاصين ومقدمي الرعاية في العلاج الوظيفي وتكملة دورهم في المنزل بعد تدريبهم. كما يتضمن دورهم بذل أقصى جهد في الاطلاع

على مصادر المعلومات وآخر التطورات المتعلقة بطبيعة إعاقة طفلهم، وعلى حضور الاجتماعات والدورات التدريبية بصفة دورية (يحيى، 2006).

هناك إجماع في الرأي في أوساط الاختصاصيين في ميدان التدخل المبكر على أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل أو لأسرته عندما تقدم على نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها.

إن مشاركة والدي الطفل المعاق الإيجابية ببرامج التدخل المبكر تعود بفوائد عديدة على الطفل؛ فهي تسهم في زيادة فرص النمو والتعلم لديه، وتحسين إمكانات تعديل سلوكه، وازدياد احتمالات تعميم الاستجابات التي يتعلمها في المدرسة، وازدياد احتمالات استمراريتها ونقل أثر التدريب من المدرسة إلى المنزل، كما أن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية احتياجاته.

- تعتبر مشاركة الأسرة ودعمها أساس التدخل المبكر الفعال.
- على "IFSP " أن تصف مواطن القوة لدى الأسرة بالإضافة إلى حاجاتها.

ومع التقدير المتزايد لأهمية النظر إلى الطفل ضمن سياق الأسرة، انتقل تركيز التدخل المبكر من الطفل إلى النظام العائلي بأكمله، وينعكس هذا التركيز المتسع في القانون الذي أقر بأن تتلقى كل عائلة "خطة خدمات عائلية مخصصة" (IFSP)، ووصفاً مكتوباً للخدمات التشخيصية والاجتماعية المطلوبة لتشجيع ودعم كل فرد من أفراد الأسرة في الأعوام الثلاثة الأولى من حياة الطفل. ويجب أن تشتمل كل (IFSP) على:

1. ذكر مواطن القوة لدى الأسرة بالإضافة إلى الحاجات المرتبطة بالطفل .
2. وصف النتائج الرئيسة التي يجب أن يحققها الطفل والأسرة.
3. وصف لمصادر الأسرة الحالية وأولوياتها واهتماماتها.
4. قائمة بالخدمات المحددة المطلوبة لتلبية المتطلبات المتفردة لكل طفل وكل عائلة. وقد تشمل هذه الخدمات تدريب الأسرة، واستشارات، ورعاية في فترة الراحة، وزيارات منزلية، بالإضافة إلى علاج فيزيائي، وظيفي، ونطق، وخدمات سمعية وغيرها.

ولقد ذكر شن (chen,1999) أن معظم الأسر تحتاج إلى معلومات متعلقة بحالة الطفل، والمساعدة في تعلم التعرف على نقاط القوة لدى الطفل، وتوجيهات في التعامل مع الطفل بطريقة علاجية أكثر وسهلة أكثر، مع تحويل لخدمات أخرى. ويكون تركيز التدخل المبكر عادة على تسهيل وتنسيق هذا المدى من الأنشطة بشكل يجعل الأسرة تباشر علاقات مرضية أكثر ومثمرة أكثر، مما يتيح المجال للطفل لأن ينمو بشكل كامل أكثر.

وهنا لا بد من التذكير بمجموعات الأطفال الصغار (منذ الولادة وحتى سن الثالثة) ممن يستحقون خدمات التدخل المبكر:

- أولئك الذين تم التعرف على إصابتهم بحالة تتعلق بإعاقة نمائية مثل فقدان السمع، البصر أو متلازمة داون.
- أولئك الذين يعانون من بطء في مهارات النمو الحركي، المعرفي، الاتصال والمهارات النفس اجتماعية أو مهارات المساعدة الذاتية.
- أولئك الذين يكونون عرضة للإصابة بتأخر نمائي مهم بسبب أحداث بيولوجية أو بيئية أو كليهما معاً في حياتهم.

وسوف نسوق حالة الطفلة سارة وهي مصابة بمتلازمة داون. ويترافق مع متلازمة داون احتمال عال جداً للإصابة بإعاقة عقلية، كما أنه يشمل شذوذاً جسدياً (مثل تشوهات الأعضاء) أيضاً. تبلغ سارة (8) أشهر من العمر وهي تعاني من جراحة في القلب لإصلاح عيب ولادي في القلب . وفي العام التالي، يجب مراقبة صحة سارة الجسدية عن كثب للتأكد من شفائها الكامل والناجح. وسوف تحتاج عائلتها إلى مساعدة لتسهيل تطور سارة في النطق، ولتسهيل نموها اللغوي، والذي يكون متأخراً عادة لدى الأطفال المصابين بإعاقة عقلية. سارة لا تجلس ولا تزحف مما يوحي بتأخر في تطورها الحركي، كما أننا نعرف بأن من المحتمل أن يكون نموها المعرفي متأخراً. وبسبب حاجات سارة المتنوعة، فإن تصميم برنامج التدخل، أو النتائج على برنامج خطة خدمات عائلية مخصصة (IFSP) الخاص لها سوف تستفيد فريق متعدد التخصصات يتألف من أخصائي نطق وتكلم، معالج فيزيائي ومعلم ماهر في الأنشطة التي سوف تسهل التطور المعرفي، ولم تذكر بعد حاجات الوالدين.

قد تبدو نتائج خطة خدمات عائلية مخصصة (IFSP) لـ "سارة" وعائلتها كما يلي:

1. سوف يتعلم والدا سارة أكثر عن متلازمة داون، كما سوف يقابلون آباء لأولاد آخرين مصابين بمتلازمة داون من خلال المشاركة في مجموعات المساندة والد – لوالد.
2. سوف يشعر والدا سارة بالثقة في قدرتهم على تسهيل نمو طفلتهم الصحي وتطورها خاصة في مجال مهارات الاتصال.
3. سوف تبدأ سارة باستخدام الإشارات والنطق لتشير إلى حاجاتها.
4. سوف يتعلم والدا "سارة " أكثر عن أثر جراحتها وشفائها على تطور "سارة " الكلي خاصة تطورها الحركي.
5. سوف تجلس "سارة " وتزحف بشكل مستقل.

بالنسبة لخطة خدمات عائلية مخصصة (IFSP)، سوف تتلقى سارة زيارات منزلية أسبوعية من أخصائي تدخل مبكر، ومعالج نطق \ لغة، وكما سوف يأخذها والداها إلى معالج فيزيائي مرتين أسبوعياً. وسوف يتم إعطاء والدي سارة اسم مجموعة آباء الأطفال المصابين بمتلازمة داون المحلية. وسوف يتم تقديم رعاية أثناء فترة الراحة بشكل يمكنهم من حضور الاجتماعات. ويتوقع الفريق أن تحضر سارة برنامج تدخل مبكر مرتكز على المركز في الوقت لذي تبلغ فيه (18) شهراً من العمر ويحضر معها د كلا الوالدين أو أحدهما. وبمساعدة فريق متعدد التخصصات من الأخصائيين سوف يتأكد والدا سارة من أنها تنطلق في بداية صحية في حياتها.

هذا ويمكن النظر إلى دور الأسرة في برامج التدخل المبكر من منظورين أساسيين؛ يتمثل المنظور الأول في دور الأسرة ومسؤوليتها عن حدوث المشكلات والإعاقات التي قد تحدث للطفل، ويتمثل المنظور الثاني في دور الأسرة في العلاج من خلال برامج التدخل المبكر.

أ. دور الأسرة ومسؤولياتها عن إعاقات الطفل:

وتؤدي الممارسات الوالدية الخطأ في تنشئة الطفل دوراً مهماً في تعرضه لعدد من الإعاقات والاضطرابات النفسية أو الجسمية. فعلى سبيل المثال قد يؤدي نبذ الوالدين للطفل إلى أن يصبح سلوكه عدوانياً ومضاداً للمجتمع. كما تبين أن كثيراً من

الأعراض السيكوسوماتية لدى الأطفال التي تتمثل في أعراض مرضية جسمية أو خلل في وظيفة الجسم تتحدد باضطراب سيكولوجي، مرتبط بنبذ الأم للطفل خلال السنوات المبكرة من عمره (كونجر، 1970).

وفي هذا الإطار فإن مسؤولية الأسرة عما قد يتعرض له الطفل خلال سنواته الأولى هي مسؤولية مباشرة أو أساسية، فيما قد يصيبه من إعاقات جسمية أو عقلية أو انحرافات في السلوك (Garbarino, 1997).

ب. أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر:

بين تومبسون وجان (Linan- Thompson & Jean, 1997) أن التدخل المبكر الفعّال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات واتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة، فإدراك الأخصائيين لصدق المنظور الأسري يجعلهم يتنازلون عن جزء من هيمنتهم على الأسرة والعمل على المشاركة الفعالة للأسرة في برامج التدخل المبكر (Sandall, 1997).

وتتضح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

- لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة إلا مع وجود تأثير فعال للوالدين في تعليم أبنائهم.
- تؤكد برامج التدخل المبكر على أهمية اشتراك الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج مما يزيد من فاعلية البرامج.
- يشترك الوالدان مع الأخصائيين في وضع أولويات الحاجات سواء للطفل أو الأسرة.
- مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل ورقابة التقدم بناءً على المعلومات القائمة على الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية.
- بعض برامج التدخل المبكر تعتمد بشكل كبير على التدريب في المنزل والمشاركة الأساسية للأسرة وهي من أفضل برامج التدخل المبكر.
- دور الأم في تدريب أمهات آخرين وتعديل اتجاهاتهم نحو طفلهم ذي الحاجة الخاصة ومساعدتهم على تقبله (Turnbull, et. al., 1994; McWilliam, 1996).

المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة:

1. إعطاء الوقت الكافي للوالدين لفهم مشكلة طفلهم وعدم اتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلة طفلهما والنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه وتفهم الصعوبات التي يواجهونها.
2. تجنب استخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدان واستخدام اللغة الدارجة التي يستطيعان فهمها.
3. توجيه التقويم والتدخل عن طريق مصالح الأسرة وأولوياتها.
4. على الأخصائيين والمهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعدها على القيام بدورها في صنع القرار.
5. حساسية التقويم والتدخل للاختلافات الفردية من حيث احترامه لقيم الأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
6. وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة، كما أن هناك فروقاً فردية كبيرة بين الأطفال وفروقاً كبيرة بين الأسرة والأخصائيون غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة.
7. أسرة الطفل ذي الحاجة الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه دون إحساسها بالضعف.
8. للطفل ذي الحاجة الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبر.
9. تكيف الطفل ذي الحاجة الخاصة يعتمد بدرجة كبيرة على دعم الأسرة له وتفهمها لحاجاته وخصائصه.
10. غالباً ما تعبّر أسرة الطفل ذي الحاجة الخاصة عن اعتقادها بأن الأخصائيين لا يتفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.
11. لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يلبي بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذي الحاجة الخاصة.
12. الاجتماع مع الأب والأم كلما سمحت الظروف والاستماع إليهما وتزويدهم بالمعلومات عن طفلهما وتشجيعهما على الشعور بأنهما أصحاب القرارات النهائية بشأن طفلهما.

13. التصرف بطريقة لبقة أمام الوالدين وعدم انتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الآباء الآخرين.
14. مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة.
15. تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين.

(Whitney-Thomas & Hanley Maxwell, 1996 ; Halverson et al, 1989)

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة:

إن وجود طفل معاق في الأسرة يخلق مشكلات وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً، لذلك فإن الأسرة تواجه درجات عالية من التوتر، حيث لوحظ أن إعاقة الطفل تؤثر في بنية الأسرة بأربع طرق هي: إثارة الانفعالات القوية لدى الوالدين، والإحباط بسبب الشعور بالفشل، وتغيير نظام الأسرة، وإيجاد أرض خصبة للصراع. فالأسرة التي لديها أطفال معاقون تواجه توترات نفسية وجسمية عالية، وتتحمل أعباء ثقيلة لا تعرفها الأسر التي ليس لديها أطفال معاقون (Gammon & Rose,1991).

لا توجد أسرة ترغب في أن يكون أحد أبنائها مريضاً أو معاقاً بأي شكل من الأشكال، فهي خبرة لا يتوقع أن يرغب أحد في أن يمر بها. إلا أن الأسر التي تتعرض لمثل هذه الخبرة، سوف يتغير نمط رحلتها في الحياة. فالتوترات التي تتعرض لها بسبب وجود طفل ذي حاجة خاصة هي من أصعب الظروف التي يمكن أن تواجهها خلال أدائها لوظائفها (Brown & Goodman,1997).

إن الأسرة التي لديها أطفال معاقون تتعرض إلى توترات نفسية متعددة تسببها العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وغالباً ما تعاني الأسرة من صعوبات اقتصادية، بسبب ما تتطلبه الإعاقة من مصاريف طبية، بالإضافة إلى عدم قدرة الأم على الخروج للعمل، بسبب ما يتطلبه الطفل المعاق من عناية ورعاية (Brandon & Hogan,2001).

وذكر ليزار وجيربر وسيمل (Lesar,Gerber,& Semmel,1995) أنه ليس من شك في أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه الأسرة في الوقاية من الإعاقة، وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من حالات الإعاقة لا يعرف لها سبب محدد، ولا يرتبط بخلل أو اضطراب بيولوجي أو عضوي يمكن الكشف عنه، إلا أن هناك المئات من عوامل الخطر التي

أظهر فيها البحث العلمي أنها تكمن وراء الإعاقة. إن وعي الآباء بمثل هذه العوامل يؤدي إلى الحد من إصابة الطفل بالإعاقة ومنها مجموعة العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل ولادة الطفل، ويحتمل أن تؤدي إلى إعاقته، مثل تعرض الأم لأمراض خطيرة، أو عوامل ضارة كتناول الكحول، وبعض العقاقير الطبية... إلخ.

وبين كلارك وباتون (Clark & Patton,1997) وجود مجموعة عوامل مرتبطة بمرحلة الولادة، مثل إصابة دماغ الطفل أثناء عملية الولادة، أو الولادة العسرة، وهناك عوامل أخرى مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة كتعرض الطفل للأمراض، أو إصابات الرأس، أو سوء التغذية.

من هذا المنطلق فإن وعي الآباء بمثل هذه العوامل، يؤدي دوراً مهماً وأساسياً في الوقاية من الإعاقة، وتصبح الوقاية هدفاً قابلاً للتحقيق بأساليب مباشرة، وغير مباشرة، فهي تتحقق بالكشف المبكر عن حالات الضعف، وبالتشخيص المناسب في الوقت المناسب، وبتقديم الخدمات العلاجية الفعالة من جهة، وبالتنظيم الأسري، والتطعيم، ورعاية الأم الحامل، والإرشاد الجيني، والتوعية المنظمة، وغير ذلك من الأسباب والأساليب .

وقد بات جلياً في الوقت الحاضر أن التشريعات المتعلقة بالإعاقة، والتأهيل تؤكد أهمية المشاركة الفاعلة للأسرة في الوقاية من الإعاقة أو الحد من تأثيرها (السليطي، 2003).

ويقترح كل من سمرز وبهر وتيرنبول وهاري (Summers, Beher & Turnbull, 1989; Harry,1999) ضرورة تطوير أدوار جديدة للآباء من أجل إعادة هيكلة التواصل ما بين الوالدين والمعلم:

- الوالدان كمقومين: تعطي مشاركة الوالدين في عمليات القياس التي تحدث قبل اجتماع الخطة التربوية الفردية شرعية لدورهم كمزودين لمعلومات ذات منحى تتعلق بطفلهما.
- الوالدان كمقدمين للتقارير: يمكن أن يكون تقرير الوالدين جزءاً رسمياً من العملية مما يشير للوالدين بأن ما قدماه كان ضرورياً وذا قيمة.

- الوالدان كصناع سياسة: توصي هاري بضرورة وجود هيكل استشاري من الآباء مرتكز على المدرسة لبرامج التربية الخاصة، بالإضافة إلى استخدام فعال للآباء كمساعدين للمعلمين.
- الوالدان كمناصرين وداعمين: قد يكون هناك ميل لدى الآباء الذين يخدمون في صنع السياسة ويقومون بأدوار الدعم ضمن المدارس لمشاركة ما تعلموه مع الآباء الآخرين.

وعلى الرغم من المكاسب، على معظم المدارس أن تقوم بالكثير من التعديل قبل أن يشعر الوالدان بأنهم مشاركون حقيقيون في تعليم أطفالهم.

﴿وَءَاخِرُ دَعْوَىٰهُمْ أَنِ ٱلْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ ٱلْعَٰلَمِينَ﴾

المؤلفان

المراجع

أولاً: المراجع العربية

- أبو النصر، مدحت (1995). دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة. ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي. الشارقة ـ الإمارات العربية المتحدة.
- أحمد، سهير كامل (1998). التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصريّة.
- الأشول، عادل (1993). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، العدد الأول.
- الإمام، محمد صالح ؛ الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ أ). الإعاقة العقلية ومهارات الحياة "في ضوء نظرية العقل"، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- الإمام محمد صالح ؛ الجوالده، فؤاد عيد (2010 ـ ب). التوحد ونظرية العقل، عمان، الأردن، دار الثقافة.
- بهادر، سعدية (1994). المرجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة، ط1، القاهرة، مطبعة المدني.
- بهادر، سعدية (1996). المرجع في برامج أطفال ما قبل المدرسة، ط2، القاهرة، الصدر لخدمات النشر.
- تورجونسون (1994). تربية ذوي الحاجات التعليمية الخاصة (ترجمة: القريوتي، يوسف) التربية الجديدة، مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية،يونيو، سبتمبر، عدد 54، ص 91 ـ 106.
- جميل، سمية (2000). فاعلية برنامج إرشادي في تعديل اتجاهات الأطفال العاديين نحو دمجهم مع أقرانهم المعاقين عقلياً: ورقة عمل في المؤتمر الإرشاد النفسي السابع، جامعة عين شمس.
- الجوالده، فؤاد عيد (2012). الإعاقة البصرية، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الجوالده، فؤاد عيد (2012). الإعاقة السمعية، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.

- الجوالده، فؤاد عيد، القمش، مصطفى نوري (2012). البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة، عمان ـ الأردن، دار الثقافة.
- الحديدي، منى (1998). مقدمة في الإعاقة البصرية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- الحديدي، منى (2002). مقدمة في الإعاقة البصرية، ط2، دار الفكر، عمان.
- حسين، عبد الرحمن (2005). تربية المكفوفين وتعليمهم، عالم الكتب، القاهرة ـ مصر.
- الخطيب، جمال (2010). تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان ـ الأردن.
- الخطيب، جمال؛ والحديدي، منى (2010). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، عمان ـ الأردن، دار الفكر.
- الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (1998). التدخل المبكر، مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، دار الفكر، عمان ـ الأردن.
- الخطيب، جمال؛ والحديدي منى (2004). التدخل المبكر: مدخل إلى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، دار الفكر، .عمان ـ الأردن.
- الخطيب، جمال؛ والحديدي، منى (2004). تعليم ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، ط1، الأردن، دار وائل للنشر.
- الخطيب، فريد (1992). الوجيز في تعليم الأطفال المعوقين عقلياً، ط1، عمان، مؤسسة دار شيرين
- الخطيب، جمال (1995). مقياس حاجات أسر المعوقين. ورشة تدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق. المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون، الشارقة، الإمارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال (2005). مقدمة في الإعاقة السمعية (ط2)، عمان، دار الفكر.
- الخطيب، جمال؛ والبسطامي، غانم؛ وراشد، آمنه؛ وعبد الكريم، منى (1995). الحاجات الخاصة للأطفال المعاقين وأسرهم، ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق. المكتب التنفيذي لمجلس

وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. الشارقة، دولة الإمارات العربية المتحدة.

- دافيندوف، ليندال، (1988). مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب وآخرين، الدار الدولية للنشر، القاهرة.
- دسوقي، كمال (1988). ذخيرة علوم النفس. القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع، ج1.
- الدسوقي، مجدي صابر (2000). دراسة تقويمية لبرامج الخدمة الاجتماعية بمدارس التربية الفكرية، أطروحة دكتوراه، قسم الخدمة الاجتماعية، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.
- الدماطي، عبد الغفار (2004). أنموذج مقترح لبرنامج التدخل المكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار الأطفال المعوقين سمعياً، ورقة عمل مقدمة إلى ندوة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية (مواكبة تحديث والتحديات المستقبلية).
- الرفاعي، ناريمان (1993). دراسة لبعض خصائص الشخصية المميزة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم. مجلة معوقات الطفولة – القاهرة. ص(181 ـ 228).
- رمضان، السيد (1995). إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- الروسان، فاروق (2000). دراسات وأبحاث في التربية الخاصة. ط1، دار الفكر، عمان.
- الروسان: فاروق (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الخامسة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- الروسان، فاروق (1994). رعاية ذوي الحاجات الخاصة، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان ـ الأردن.
- الريحاني، سليمان (1985). التخلف العقلي، مطابع الدستور التجارية، عمان.
- الزارع، نايف (2006). تأهيل ذوي الحاجات الخاصة، دار الفكر، عمان.
- الزبيدي، كامل علوان (2003). علم النفس الاجتماعي. عمان: الوراق للنشر والتوزيع.

- زحلوق، مها (2000). التربية الخاصة بالمتفوقين، الطبعة الأولى، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- الزريقات، إبراهيم (2003). الإعاقة السمعيّة، الطبعة الأولى، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.
- الزريقات، إبراهيم عبدالله فرج (2004). التوحد: الخصائص والعلاج، عمان، دار وائل.
- الزعبي، أحمد محمد (2001). أسس علم النفس الاجتماعي، عمان، دار زهران.
- الزعمط، يوسف (2005). التأهيل المهني للمعوقين، دار الفكر، عمان.
- الزعمط، يوسف، (2000). التأهيل المهني المعاقين، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- زكريا، زهير (1993). مدارس لا تستثني أحداً من الطلبة في الأردن، الندوة شبه الإقليمية حول تخطيط تعليم ذوي الحاجات الخاصة، عمان.
- الزيات، فتحي (2002). المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم قضايا التعريف والتشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- سالم، ياسر (1994). رعاية ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان ـ الأردن.
- السرطاوي، زيدان، السرطاوي، عبد العزيز (1988) صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- السرطاوي عبد العزيز؛ والصمادي، جميل (1998). الإعاقات الجسمية والصحية، دبي، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- السرطاوي، زيدان؛ الشخص، عبد العزيز (1998). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والحاجات لأولياء أمور المعوقين. الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987). المعوقون أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم، ط1، دار عالم الكتب، الرياض.
- السرطاوي، عبد العزيز؛ وسيسالم، كمال (1990). تشجيع أولياء الأمور المعاقين على المشاركة في برامج التربية الخاصة. مجلة جامعة الملك سعود، م2، العلوم التربوية (1)، ص 179 ـ 215.

- السرطاوي، زيدان؛ والسرطاوي، عبد العزيز؛ وخشان، أيمن؛ وأبو جودة، وائل (2001). مدخل إلى صعوبات التعلم، الطبعة الأولى، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.
- السرور، ناديا هايل (2003). مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين، الطبعة الرابعة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- السلطي، حمدة (2003). دور الأسرة في الوقاية من الإعاقات، مجلة التربية، العدد (144)، ص 102، وزارة التربية والتعليم، قطر.
- سليمان، سيد عبد الرحمن؛ وحمد، صفاء (2001). المتفوقون عقلياً ـ خصائصهم ـ اكتشافهم ـ تربيتهم ـ مشكلاتهم. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- السمادوني، السيد إبراهيم (1990). إدراك المتفوقين عقلياً للضغوط والاحتراق النفسي في الفصل وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والبيئية. القاهرة، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- سند، منى (1998). التدخل المبكر، سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، نوفمبر.
- السيد، فؤاد البهي؛ وعبد الرحمن، سعد (1999). علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة. القاهرة، دار الفكر العربي.
- سيسالم، كمال سالم (1988). المعاقون بصرياً، الصفحات الذهبية، الرياض.
- شاش، سهير محمد سلامة (2002). التربية الخاصة للمعاقين عقلياً بين العزل والدمج، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- الشايع، البندري سعد محمد.(2006). البرنامج العلاجي المقترح لتلاميذ صعوبات التعلم وفق نظرية الذكاءات المتعددة. بحث مقدم في المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم: المؤتمر الدولي لصعوبات التعلم، الرياض (19 ـ 22) نوفمبر 2006.
- الشخص، عبدالعزيز محمد (1987). دراسة لمتطلبات إدماج المعوقين في التعليم والمجتمع العربي، رسالة الخليج العربي، مكتب التربية العربي لدول الخليج، الرياض، م10، ع 21، ص 189 ـ 219.

- شـرف، إسماعيـل (1982). تأهيـل المعـوقين، المكتـب الجـامعي الحـديث، الإسكندرية ـ مصر.
- شقير، زينب محمود (1999). سيكولوجيا الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب محمود (2002). خدمات ذوي الحاجات الخاصة، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصريّة.
- الشناوي، محمد محروس (1997) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة ـ مصر.
- الشناوي، محمد محروس (1997). التخلف العقلي: الأسباب، التشخيص البرامج، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- الشناوي، محمد محروس (1998). التخلف العقلي، القاهرة، دار غريب للنشر.
- شهداد، عيسى (1998). دمج الطلاب ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية بسلطنة عُمان. ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي التطلعات والتحديات. جامعة الخليج العربي البحرين. 1998/4/2، ص 281 ـ 288.
- صادق، فاروق (2002). التوجهات المعاصرة في الإرشاد الأسري لذوي الحاجات السمعية الخاصة. الندوة العلمية للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الدوحة.
- صالح، شيرين (2002). فاعلية برنامج بورتيج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الصريدي، سلام بن سالم (1998). ورقة عمل وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بسلطنة عمان، ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة، المنامة، جامعة الخليج العربي.
- الصفدي، عصام (2003). الإعاقة السمعية، دار اليازوري العلمية، عمان ـ الأردن.

- الصمادي، جميل؛ والناطور، ميادة؛ الشحومي، عبد الله (2003). تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.
- الطباع، إلياس (2000). الأسس المحورية للتأهيل المهني للمعوقين سمعياً. الأمانة العامة للتربية الخاصة، الرياض.
- عبد الجبار، عبد العزيز محمد(1999). دراسة للصدق العاملي لمقياس الاتجاهات نحو دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وبعض المتغيرات ذات العلاقة بتلك الاتجاهات، الرياض، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية، م11، ع2.
- عبد الحميد، محمد إبراهيم (1999). تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
- عبد الرحيم، فتحي (1997). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، واستراتيجيات التربية الخاصة. الكويت، دار القلم.
- عبد الستار، إبراهيم (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة.
- عبد الهادي، نبيل؛ شقير، سمير؛ نصر الله، عمر (2000). بطء التعلم وصعوبات التعلم. عمان: دار وائل للنشر. ط1.
- عبد الجبار، عبد العزيز محمد؛ ومسعود، وائل محمد (2002). استقصاء آراء المدراء والمعلمين في المدارس العادية حول برامج الدمج، الرياض: جامعة الملك سعود، مركز بحوث كلية التربية، ع 180، ص 1 ـ 61.
- عبد الله، عادل محمد (2003). الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات، القاهرة، دار الرشاد.
- عبيد، ماجدة (2000). السامعون بأعينهم، دار صفاء، الأردن.
- عقل، محمود عطا حسين (1998). النمو الإنساني الطفولة والمراهقة، الطبعة الخامسة.
- العمايرة، محمد (2002). مشكلات السلوك الصفي، عمان، دار صفاء للنشر.

- العمر، بدر؛ وأبو علام، رجاء (1985). مشروع رعاية الأطفال المتفوقين في الكويت. الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة، سلسلة الدراسات العلمية.
- عمران، تغريد؛ والشناوي، رجاء (2001). المهارات الحياتية، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- العنزي، فلاح محروت البلعاسي (2001). علم النفس الاجتماعي. الرياض، مطابع التقنية للأوفست.
- العيسوي، عبد الرحمن (2000). التوجيه التربوي والمهني، مكتب التربية العربي لدار الخليج.
- الفارع، شحدة؛ عمايرة، موسى؛ حمدان، جهاد؛ العناني، محمد (2000). مقدمة في اللغويات المعاصرة، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- فتحي، عبد الحي محمد (1998). طرق الاتصال بالصم وأساليبها، الطبعة الأولى، دولة الإمارات العربية المتحدة، دار القلم للنشر والتوزيع.
- فرماوي، محمد؛ والمجادي، حياة (1999). مناهج وبرامج وطرق تدريس رياض الأطفال. الإمارات، مكتبة الفلاح.
- فهمي، مصطفى؛ والقطان، محمد علي (1979). التوافق الشخصي والاجتماعي، القاهرة، مكتبة الخانجي.
- القحطاني، فهد مبارك (2000). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط بالمملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- القريطي، عبد اللطيف (1996). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، مكتبة دار الفكر العربي، القاهرة ـ مصر.
- القريطي، عبد المطلب (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، ط2، القاهرة، دار الفكر.
- القريوتي، يوسف؛ السرطاوي، عبد العزيز؛ الصمادي، جميل (1995). المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الأولى، الإمارات العربية، دار القلم للنشر.
- القريوتي، إبراهيم (2003). اقتراح برنامج تعليمي يوافق الأطفال المعوقين سمعياً خلال المرحلة المبكرة من نموهم في مراكز إمارة الشارقة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة القديس يوسف، بيروت ـ لبنان.

- القريوتي، إبراهيم (2006). الإعاقة السمعية، دار يافا العلمية، عمان.
- القريوتي، إبراهيم؛ الدقاق، زهرة (2006). دليل الوالدين في التعامل مع ذوي الإعاقة السمعية، دار يافا للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن
- القريوتي، يوسف (1993). واقع خدمات التربية الخاصة في الوطن العربي، مجلة التربية الجديدة، ع 54، ص 117 ـ 125.
- القريوتي، يوسف؛ الصمادي، جميل؛ السرطاوي، عبد العزيز (2001). المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الثانية، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.
- القمش، مصطفى (2007). مدى فاعلية استخدام استراتيجية تدريس الأقران في تنمية بعض كفايات التدريس لدى معلمي التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية، مجلة الطفولة العربية، الكويت
- القمش، مصطفى؛ المعايطة، خليل (2010). سيكولوجية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار المسيرة، ط 4، عمان ـ الأردن.
- القمش، مصطفى (2000). الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللّغة، الطبعة الأولى، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع.
- قنديل، شاكر عطيّة (2000). التدخل المبكر، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة، المنصورة، إبريل.
- كرم الدين، ليلى أحمد (1994). برنامج التنمية العقلية واللغوية للأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من أطفال مدارس التربية الفكرية، القاهرة.
- كفافي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي.
- الكندري، أحمد محمد مبارك (1992). علم النفس الاجتماعي والحياة المعاصرة. الكويت، مكتبة الفلاح.
- كونجر، جون (1970). علم النفس التكويني: سيكولوجية الطفولة والشخصية. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، جابر عبد الحميد جابر، القاهرة. دار النهضة العربية.

- محمد، خالد حامد (1997). العلاقة بين الطرز الشكلية والاستجابة للتأهيل في متلازمة داون، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- محمد، نجوى عبد الحميد (1999). الوراثة والتدخل المبكر مع الطفل المنغولي، مجلة أخبار المركز القومي للأبحاث، المركز القومي للبحوث، القاهرة.
- مرسي، كمال إبراهيم (1996). مرجع في علم التخلف، القاهرة، دار النشر للجامعات.
- مسعود، وائل (1984). دمج الأطفال المعوقين في المدارس العامة في الأردن، من التقرير النهائي عن أعمال الحلقة الدراسية، واقع ومستقبل مؤسسات المعوقين في الأردن، بإشراف صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني، ووزارة التنمية الاجتماعية، عمان.
- المشاقبة، فارس (1987). اضطرابات النطق عند الأطفال العاديين، منشورات الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.
- المعايطة، خليل؛ والقمش، مصطفى (2012). أساسيات التأهيل المهني والرعاية لذوي الحاجات الخاصة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ـ الأردن.
- مليكة، لويس كامل (1998). الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية، القاهرة، مطبعة فيكتوركيرلس.
- منظمة الصحة العالمية (1986). دليل الحاجات الغذائية للإنسان، القاهرة ـ مصر.
- نصرالله، عمر عبد الرحيم (2002). الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع، دار وائل للنشر، عمان ـ الأردن.
- الهنيني، عائشة أحمد (1989). اتجاهات مديري ومعلمي المرحلة الابتدائية نحو دمج الطلبة المعاقين حركياً في المدارس العادية في مديرية تربية محافظة الزرقاء. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا، عمان ـ الأردن.
- الهويدي، محمد (2012). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. جامعة الخليج العربي، موقع أطفال الخليج.

- وايت، مولى، وكاميرون، روبرت، ترجمة: سهام عبد السلام (1993). الدليل العلمي لبرنامج بورتيج للتربية المبكرة (الطبعة المعربة التجريبية).
- وزارة التربية والتعليم (1999). برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، الدليل العملي.
- وزارة التربية والتعليم (1999). دليل برنامج التنمية الشاملة للطفولة المبكرة (بورتيج)، إرشادات الاستخدام.
- وزارة التربية والتعليم (2004). دليل الطلبة المتميزين، إرشادات وإجراءات الاستخدام.
- الوقفي، راضي (2001). أساسيات التربية الخاصة، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- يحيى، خولة (2006). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة،دار المسيرة.، عمان ـ الأردن، ط1.
- يحيى، خولة (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- يحيى، خولة (1999). الفروق في مفهوم الذات بين مجموعات الطلبة المضطربين انفعالياً وذوي صعوبات التعلم والمعاقين عقلياً إعاقة بسيطة والعاديين، مجلّة دراسات، العلوم التربويّة، 26 (2).
- يحيى، خولة (2003). إرشاد أسر ذوي الحاجات الخاصة، (ط1)، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- يوسف، جمعة سيد (1990). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، سلسلة عالم المعرفة، رقم 145، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- يوسف، عصام (2007). الإعاقة السمعية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

ثانياً: المراجع الأجنبية

-AAIDD,(2007) American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: Defintion of Mental Retardation (on-line). Available: www.aaidd.org/policies/faq_mental_retardation.shtml,

-Abosi,O.C.(2000). Trends & issues in special education in Botswana, Journal of Education ،spring، vol. 3,issue 1.

-Alsumatiti, R (2004). Early Intervention Approaches for Young Children with Autism in the Dubai Autism Centre. Unpublished masters thesis.University of Bristol, Bristol, UK.

-Anderson, H.R, Fenichel, P.A.(1989).Morbidity and school absence caused by asthma and wheezing illness. Archives of Disabled Children, 58, 777-78.

-Andonova، A. (2000) Self-concept and social support in visually impaired and sighted adolescents: The need of group procedures to improve the social skills. Ph. D. thesis Sufa university-Bulgana.

-Ayres,A.J.(1979) Sensory Integration and the Child. Los Angles: Western Psychological Services.

-Bailey D. B. Jr. McWilliam, R.A. Busse, V. and Wesley, P. W. (1998): Inclusion in context of competing values in early childhood education, Early childhood research Quarterly vol. 13, no. 1. pp. 27-47.

-Bailey, D.B., Skinner, D., Rodriguez, P., Gut, D., & Correa, V.(1999).

-Baker, R.L., Mednick,B.R.,& Hunt,N.A.(1987). Academic and social characteristics of low-brith-weight adolescents. Social Biology, 34(1-2), 94 -109.

-Barklay, R., A. (1997). Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents. Guilford press, Newyourk.

-Barraga, N. (1986). Visual handicaps & Learning. Asten, Texas: PRO - ED.

-Batshaw, M.L., & Rose, N.C.(1997). Birth defects, prenatal diagnosis, and prenatal therapy. In M.L. Batshaw (EDs.), Children with disabilities (pp.35-52). Baltimore:Brookes.

- Batshaw, M.L.,& Conlin, C.J.(1997). Substance abuse: A preventable threat to development. In M.L. Batshaw (Ed.), Children with disabilities (pp.143-162). Baltimore: Brookes.

-Baum, S. (1988). An enrichment program for gifted learning disabled students. Gifted child Quarterly 32, 226-230.

-Baum, S. (1990). Gifted but learning disabled: A Puzzling paradox. Reston, VA: Council for Exceptional Children (ERIC Digest E479).

-Baum, S. M., Cooper, C. R., & Neu, T. W. (2001). Dual differentiation: An approach for meeting the curricular needs of gifted students with learning disabilities. Psychology in the Schools, 38, 477-490.

-Bennett, T., De Luca, D. and Bruns, B. (1997): Putting inclusion into practice: "Perspectives of eachers and parents". Exceptional children Vol. 64, no. 1, pp. 31-115.

-Berglun E, Eriksson M, Johansson I, (2001): Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome.

-Berry,J.O., & Hardman, M.L.(1998). Lifespan perspectives on the family and disability. Boston: Allyn & Bacon.

-Bitter, J., (1979), Introduction to Rehabilitation, Mosbey Company, U.S.A.

-Blacher, J.(Ed.).(1984). Severely handicapped young children and their families: Research in review. Orlando, FL: Academic Press.

-Boland, M.G. (2000). Caring for the child and family with HIV disease. In Martha F. Rogers (Ed.), The pediatric clinics of North America, 47(1), 189-202.

-Brandon, D, Peter. & Hogan, Dennis. (2001). The Effects Of Children With Disabilities on Mothers' Exit From Welfare. Paper Prepared For The September 20-21, 2001, Research Institute " The Hard-to-Employ And Welfare Reform ".

-Bricker, D., Pretti - Frontczak, O., & McComas, N. (1998)." Teaching children school success skills". The journal of Educational Research, 92, 323 - 329.

-Brodt LE,Mills CJ,(1997), Gifted children with learning disabilities: a review of the issues. CTY, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 21218, USA.

-Brown, Carole, B. Goodman, Samara & Kupper, Lisa, (1997). The Unplanned Journey: When You Learn That Your Child Has Disability. NICHCY, News Digest, Second Edition. pp. 5-15.

-Brush, S.G. (1991). Women in science and engineering American Scientist, 79, 406.

-Bryan, T. (1991). Social problems and learning disabilities. In B. Wong (Ed.), Learning about learning disabilities (pp. 196-231). San Diego: Academic Press.

-Bryan, T. (1997).Assessing The Personal Social Status Of. Students With Learning Disabilities.. Learning Disabilities Research & Practice. 12(1).63-76.

-Buysse, V., Wesley, P.W. and Keyes, L. (1998): Implementing early childhood inclusion: barrier and support factors. "Early childhood" research quarterly Vol. 13. No. 1. pp. 84-169.

-Cart Wright,p. cartwrigh, A. Ward, E (1989).Educating Special Learners (3 rd Ed). Wadswrth Publishing Company, California.

-Chapman, E.(1987)Your Attitude is Showing: A Primer of Human Relations. Chicago, Science Research Associates. 6th.p.15.

-Chedd, N.A. (1995). Genetic counseling. Exceptional Parent، 25(8), 26-27.

-Chen, D.(Ed.)(1999). Essential elements in early intervention: Visual impairment and multiple disabilities. New York: American Foundation for the Blind.

-Clark, B. & Patton (1997). Growing up gifted (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

-Clark, Mavis Anita (2003). Learning and schooling experiences of black deaf and hard-of-hearing adult male learners:narrative analysis University Of Georgia-Dissertation Abstracts International, DAI-A 64/02, p. 366.AAT 3086709.

-Cohen, S.E., & Parmalee, A.H. (1983). Prediction of five-year Stanford- Binet scores in preterm infants. Child Development, 54, 1242-1253.

-Coleman, M. R. (1992). A comparison of how gifted/ LD and average/ LD boys cope with school frustration. Journal for the Education of the Gifted, 15, 239- 265.

–Cook, R.E., Tessier, A., & Klein, M.D. (2000). Adapting early childhood curricula for children in inclusive settings (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Merrill.

–Cowie, R. (1987) Acquired deafiness and family: Irish Journal for Psychlology, 8(2), 128-154.

–Cross,A.F. Traub,E.K. Pishgahi,L.H. and Shelton,G.(2004) Elements of Successful Inclusion for Children with Significant Disabilities.Topics in Early Childhood Special Education, 24,1,pp.169-183.

–Dalk, S. (2005). Experiences in Early Intervention: A study of single - parent families and family centeredness, unpublished doctoral dissertation, United State, Tennessee.

–Darbelly ، K.(1985).Studies of Social and psychiatric preventive Intervention: Evaluation of the Development of 15 Children Been in High Risk Sityation.Social Psychiatry.Oct vol, 20 (4),190-191.

–Davis, G., Rimm, S. (1998). Education Of The Gifted & Talented (3rd. ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

–Dawson, G. and Osterling, J.(1997) 'Early intervention in Autism.' In M. Guralnick (ed.) The Effectiveness of Early Intervention.Baltimore:Brookes.

–Dingle, M., & Hunt, N. (2001). Home Literacy Practices of Latino Parents of First Graders. Paper presented at the American Education Research Association Annual Meeting, Seattle.

– Dixson, B. (1989). Environmental effects on fetal development. Sacramento: California State Department of Education.

– Dorris, M. (1989). The broken cord. New York: Harper Perennial.

-Dunst, C.، Hamby, D., Johanson, C. & Trivette (2002). Family-Oriented Early Intervention Policis & Practices, Journal of Youth and Adolescence. Vol..58. (2). 115 P. 19.

-Dunst, C.J. (1993). Implication of risk and opportunity factors for assessment and intervention practices. Topics in Early Childhood Education، 13(2), 143-153.

-Eisenberg, D., & Epstein, E. (1981). The discovery and development of giftedness in handicapped children. Paper presented at the meeting of the CEC-TAG National Topical Conference on the Gifted and Talented Child. Orlando, FL.

-Eng, T.R., & Butler, W.T..(1997). The hidden epidemic: Confronting sexually transmitted diseases. Committee on Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, Institute of Medicine, Division of Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: National Academy Press.

-Farber, B. & Blackman, L. (1956). Marital role tensions and neighbor and six children. Am. Social Rev. 21, 596-601.

-Feistein, C.B. (1983). Early adolescent deaf boys: A bio-psychosocial approach. Adolescent Psychiatry, 11, 142-162.

-Fewell, A. & Rebecca (1996): Program evaluation findings of an intensive early intervention program Debbie Inst, Miami, f1, V.S.A. American Journal on Mental Retardation, Vol. (101) N(3) pp. 233-243.

-Firth, U.(2003) Autism: Explaining the Enigma, second edition. Oxford: Basil Blackwell.

-Fox, L. Hanline, M., Vailc, & Galant. K. (1994): Developmentally appropriate practice: Applications for young children with

disabilities. Journal of Early intervention, 18(3), pp. 243-257.

-Freeman, R. et.al (1975). Psychological problems of Deaf Children and their families: Comparative study. American Annals of the Deaf, 120, 391-405.

- Friend, M., & Cook, L. (2000). Interactions: Collaboration skills for school professionals (third ed.). New York: Longman.

-Gammon, Elizabeth & Rose, Sheldon D. (1991). The Coping Skills Training Program For Parents Of Children With Developmental Disabilities: An Experimental Evaluation. Research on social work practice, Vol, 1,Issue 4, pp. 244-257.

-Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

-Garbarino, James. (1997). Educating Children in a socially toxic environment. Education Leadership, 54(7), 12-16.

-Gartner, A.، Kohler, M., & Riesman, F. (1971). Children teach children. New York: Harper & Row. Gay, J. E. (1978). A proposed plan for identifying black gifted children. Gifted Child Quarterly, 22. 353-357.

-Gerber, P. J., Ginsburg. R. J., & Reiff, H. B. (1991). Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities (Project 133G80500). Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of special Education and Rehabilitation Services.

-Giolas, T., (1994). Aural Rehabilitation of Adults with hearing impairment, 2nd (ed) Hard book of clinical audiology, Baltimore: Williams & Wilkins.

-Goodenough, N. (1987). Multi-culturalism as the normal human experience. In E.M. Eddy & W.L. Partridge (Eds.) Applied anthropology in America (2d ed.). New York: Columbia University Press.

-Gorski, P.A., & VandenBerg, K.A. (1996). Infants born at risk. In M.J. Hanson (Ed.), Atypical infant development (2d ed.) (pp. 85-114). Austin, TX: Pro- Ed.

-Graham Greene, (1995): Long-term, out comes of early childhood programs analysis and recommentdation the future of children, vol, 5, no, 3 winter.

-Granvold, K. (1994). Cognitive and behavioral treatment: clinical issues, transfer of treatment, and relapse prevention. In: Granvold K (EDT) Cognitive and Behavioral Treatment method and Applications. Brooks/Cole Publishing Company.

-Guralnick, M. J. (1990): Major accomplishments and future directions in early childhood mainstreaming. Topicsin early childhood special education, 10, 1-17.

-Hallahan, D., Kauffman, J., (1991), Exceptional Children, Englewood Cliffs: Hall-New Jersey, Prentice Ohio.

-Hallahan. D. & Kauffman. J, (1994) Exceptional children; Introduction To Special Education, Allyn & Bacon: Boston.

-Halvorsen, A.T., Doering, K., Farron-Davis, P., Usilton, R., & Sailor, W.(1989). The role of parents and family members in planning severely disabled students' transition from school.

In G.H.S. Singer and L.K. Irwin (Eds.), Support for care-giving families (pp. 253-268). Baltimore: Brookes.

-Hanson, M.J. (1998). Ethnic-cultural, and language diversity in intervention settings. In E.W. Lynch & M.J. Hanson (Ed.),Developing cross-cultural competence (2d ed.) (pp. 3-22). Baltimore: Brookes.

- Hanson, M.J., Ellis, L., & Deppe, J. (1989). Support for families during infancy. In G.H.S. Singer & L.K. Irvin (Eds.), Support for care giving families (pp. 207-219). Baltimore: Brookes.

-Hardman, M. L., Drew, C. J., & Egan, M.W. (2006). Human exceptionality: School, community, & family. (8 ed.). Boston: Allyn & Bacon.

-Harry, B., Rueda, R., & Kalyanpour، M. (1999). Cultural reciprocity in sociocultural perspective: Adapting the normalization principle for family collaboration. Exceptional Children, 66(1), 123-136.

- Harry, B., Rueda, R., & Kalyanpour. (1992). Restructuring the participation of African -American parents in special education. Exceptional Children، 59(2), 123-131.

-Harry, Beth, (1999). Building cultural reciprocity with families: Case studies in special education. Baltimore: Paul H. Brookes.

-Haward A. (1992): Mental Retardiation. (In) Raymond & J. corsini (ed): Encyclopedia of psychology, vol (2) N(5) pp. 1-99.

-Hayden, A., & Pious, C., (1997). The case for early Intervention. In R. York & E. Edgor (Eds). Teaching the Severly handicapped, Seattle: American Association for the Severely / profoundly Handicapped.

-Herwing, Julia, (1993): Portage multi-state outreach project, final report cooperative educational service agency 5 portage w 1117, nov.

-Hetherington, E. M., & Frankie, G. (1967). Effects of parental dominance, warmth and conflict on imitation in children. Journal of Personality and social Psychology, 6, 119-125.

-Himmelfarb, S. and Eagly, A.(1974) Readings in Attitude Change. New York. John Wiley and Sons.

-Hobbs, N. (1975). The futures of children: Categories, labels, and their consequences. Nashville: Vanderbilt Institute for Policy Studies.

-Howard, W. & Orlansky, M. (1988). Exceptional Children: An Introductory Survey of special Education, (3rd ed). Charles E. Merril publishing Company.

- Huntchinson, M.K., & Sandall, S.R. (1995). Congenital TORCH infections in infants and young children: Neurodevelopmental sequelae and implications for intervention. Topics in Early Childhood Special Education, 15(1), 65-82.

-Irlen, H.(1997) 'Reading problems and Irlen coloured lenses,' Dyslexia Review,8(5),4-7.

-Jacobson, W. (1993), Art and Science of teaching Orientation and Mobility to persons with Visual Impairments. NewYork: American Foundition for blind.

-Janes, M. (2001), Vocational Rehabilitation Services Administration, Washington, DC. U.S.A.

-Jordan, R. Jones, G. and Murray,D.(1998) An evaluative and comparative study of current educational interventions for

children with autism: a literature review and current research.DfEE Research Report,77.London:DfES.

-Kalyanpur, Maya, and Harry, Beth. (1999). Culture in special education: Building reciprocal family-professional relationships. Baltimore: Paul H. Brookes.

-Karnes, M. B., Shwedel, A. M., & Lewis, G. G. (1983). Short-term effects of early programming for the young gifted handicapped child. Journal for the Education of the Gifted, 6, 266-278.

-Kauffman, J (1981) Hand book of Special education, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.

-Kirk, A. S., & Gallagher, J. J. (1997). Education Exceptional Children. (5th ed.). MA: Boston: Houghton-Miffin.

-Kirk, S. &Chalfant, J. (1984).Developmental and Academic Learning Disabilities.Denver: company,Denver، London.

-Kirk, S. A., & Gallagher, J.J (1989). Educating exceptional children. (2nd, ed) Houghton Mifflin company: Boston.

-Klein, M.D., & Chen, D.(2001). Working with children from culturally diverse backgrounds. Albany, NY: Delmar.

-Knoblauch, B., & Sorenson, B.(1998). IDEA's definition of disabilities. ERIC Digest, April, EDO-EC-97-7. Reston, VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

-Kopp, C.B.(1983). Risk factors in development. In M. Haith & J. Campos (Eds.), Infancy and the biology of development (Vol. II). In P. Mussen (Ed.), Manual of child psychology. New York: Wiley.

-Lane,H. (1976). The wild boy of Aveyron.Cambridge:Harvard University Press.

-Lee, P. (1993): the development of early language and object knowledge in young children with mental handicaps. Early child developmental and care. Vol (6) N(8) pp. 58-103.

-Lerner, J. (2000). Learning disabilities: Theories, dicgnosis, and teaching strategies (8th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.

-Lesar, S., Gerber, M.M., & Semmel, M.I. (1995). HIV infection in children: Family stress, social support, and adaptation. Exceptional Children, 62,224-236.

-Lewis, R. & Doorlag, D. (1987). Teaching special students in the mainstream, 2nd Edition, London, Merrill Publishing.

-Lindegren, M.L., Steinberg, S., & Byers, R.H. (2000). Epidemiology of HIV/ AIDS in children. In Martha F. Rogers (Eds.), The pediatric clinics of North American, 47(1), 1-20.

-Long, N, M. & Quellette, S. (1994) ،Historical Overview of Services to Traditionally Undersexed Persons Who Are Deaf, American Rehabilitation، U.S.A.

- Maag, J.W., & Katsiyannis, A. (2000). Recent legal and policy developments in special education. NASSP Bulletin, February, 1-8.

-MacMillan, D.L., & Turnbull، A.P. (1983). Parent involvement with special education: Respecting individual differences. Education and Training of the Mentally Retarded,18, 4-9.

-MacMillan,D.L.Speece,S.Vaughn(Eds.),Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities.Mahwah,NJ:Erl-baum.

-Mahoney G, Robinson C, Fewell R R, 2001: the effects of early motor intervention on children with down syndrome or cerebal palsy: a field - based study.

-Maker, C. J., & Udall, A. (1983). A pilot program for elementary- age learning disabled/ gifted students. In L. Fox, L. Brody & D. Tobin (Eds.). Learning disabled gifted children (pp. 141-152). Baltimore: University Park Press.A pilot program for elementary- age learning disabled/ gifted students. In L. Fox, L. Brody & D. Tobin (Eds.). Learning disabled gifted children (pp. 141-152). Baltimore: University Park Press.

-Malone, M.; Langon, J. (1994). Object-related play skills of youth with mental retardation, Remedials & Special Education, May, Vol.15, Issue3.

-Mc Donnell, J. M., Hardman, M. L., Mc Donnell, A. P. and Kiefer-O Donnell, R. (1995): Introduction to persons with severe disabilities. Boston: Allyn and Bacon. P. 107.

-McDonnell, A., & Hardman,M. (1988).A synthesis of "best practice" for early childhood services, Journal of the Division for Early Childhood,12,32-341.

-McLioyd,V.C. (1998).Socioeconomic disadvantages and child development. American Psychologist,53(2),185-204.

-Meisels,S.J.، & Province,S. (1989).Screening and assessment: Guidelines for identifying young disabled and developmentally vulnerable children and their families.Washington,DC: National Center for Clinical Infant Programs.

-Meisels,S.J., & Wasik,B.A.(1990).Who should be served? Identifying children in need of early intervention. In S.J. Meisels &

J.P.Shonkoff(Eds.),Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press.

-Milstead,S.(1988).Siblings are people ،too! Academic Therapy,23, 537-540.

-Mogford, K., & Sadler, J. (1989). Child language disability: Implications in an educations setting. Philadelphia: Multilingual Matters.

-Montague, M. (1991). Gifted and learning-disabled gifted students knowledge and use of mathematical problem-solving strategies. Journal for the Education of the Gifted, 14, 393-411.

-Moore, C.(2002). Educating students with disabilies in general education classroom: A Summary of the Research, Alaska Department، Teaching & Learning Support.

-Moores,D.F. (2001).Educating the deaf: Psychology, principles, and practices (5th ed.).Boston; Houghton Mifflin.

-Mussen, P. H., & Rutherford, E. (1963). Parent-Child relations and parental personality in relation to young children's sex-role preferences. Child Development, 34, 589-607.

- Myers,B.J., Olson,H.C., & Kaltenbach,K. (1992).Cocaine-exposed infants: Myths and misunderstandings. Zero to Three, 13 (1),1-5.

-Needleman, H.L., et al.(1979).Deficits in psychological and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. New England Journal of Medicine,300,689-695.

-Needleman,H.L.(1992).Childhood exposure to lead: A common cause of school failure. Phi Delta Kappan,74(1),35-37.

-Nelson Am.Ed. (1975) AhandbOO K Of Community Of Medicine.

-Nichcy. (1993). Promising practices & future directios for spcial education, the national information center for, Children & Youth with Disabilities, vol.2, N.2.

-NJCLD(2002) National Joint Commission on Learning Disabilities Definition of LD Explained.

-Northcott, W.(1977). Curriculum guide: Hearing-impaired children, Birth to three years and their parents. (ed. 2). Washington, D. C., A. G. Bell Association.

-Northern,J.L.& Downs,M.P.(1991).Hearing in children (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

-Odom,S.,& hanson.M.(2003).Early intervention practices around the world.pule H.Brookes.

-O'toole, G (1995). Enabling and empowering families: principles and guidelines for practice, Journal of Learning, Disabilities. Vol. 37. PP. 411-420.

-Palisano R J, Walter SD, Russell DJ, Rosenbaum PL, Gemus Galuppi Be, Cunningham L, (2001): Cross motor function of children with Down syndrome creation of motor growth curves.

-Parker; Boak, F. L. (1999). Parent-child rlationship, home learning environment, and school readdiness, School Psychology Review, Vol. 28 Isssue 3.

-Peterson, N.L. (1986) Early intervention for handicapped and at - risk Children: An introduction to early childhood special education. Denver.

-Powell, D. S.; C.J. (1997). A Strength-based Approach in support of Malti-Risk Families: Principles & Issues, Topics in Early childhood special Education, spring, Vol.17, Issue1.

-Prabhala,Anna(2007):Mental Retardation Is No More-New Name Is Intellectual and Developmental Disabilities. Education & Training in Developmental Disabilities, Vol.42, no.3, p252-269.

-Ramona, I. & Mom, J. (1995). Barriers to Preschool Inclusive Services,http.www.circleoficinclusion.org/English/pvervoew/barriers.html

-Richardson,G.A., & Day,N.J.(1994).Detrimental effects of prenatal cocaine exposure: Illusion or reality? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,33, 28-34.

-Robertson,C.M., & Finer,N.N.(1993).Long-term follow-up of term neonates with perinatal asphyxia. Clinics in Perinatology, 20(2),483-500.

-Saigal,S. (2000).Follow-up of very low birth weight babies to adolescence.Seminars in Neonatology, 5(2), 107-118.

-Sainato, D. M., Strain, P. S., Lefebvre, D. ،& Rapp, N.(1990). Effects of self-evaluation on the independent work skills of preschool children with disabilities. Exceptional Children, 56(6), 540-549.

-Sameroff, A.J. & Chandler,M.J.(1995).Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz,M. Hetherington,S.Scarr-Salapatek & G. Seigel (Eds.),Review of child developmental research (Vol.4)(pp. 187-244).Chicago: University of Chicago Press.

-Samual A. Kirk, James. J. Gallagher, Nicholas J. Anastasiow, (1993): Educating exceptional children, Houghton Miffin company, p. 85.

-Sandall, S.R. (1997 a).The family service team. In A.H.Widerstorm,. A.Mowder & S.R. Sandall (Eds.)Infant development and risk (2d ed.) Baltimore: Brookes.

-Sandall,S., McLean,M., & Smith، B.J. (2000).DEC Recommended Practices in Early Intervention / Early Childhood Special Education. Longmont,CO: Sopris West.

-Scholl,T.O., Hediger,M.L., & Belsky,D.H.(1994).Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: A review and meta-analysis.Journal of Adolescent Health,15(6), 444-456.

-Sefrt, K. L. (1970). Problems of socialization id deaf persons. Archive for psychology, 122 (1-2), 40-57.

-Shiono,P.H., & Behrman.R.E.(1995).Low birth weight: Analysis and recommendations.Future of Children,5(3),4-18.

-Shonkoff, J., Meisels, S. (1991): Defining eligibility criteria for services under. P. L (57-99. Journal of early intervention 15, pp. 21-25.

-Siegel, Bryan, (2001). The word of the autistic child understanding and treaning Autistic Spectrum Disorder. Oxford University. press, Inc.

-Siegel,B. (1996).The World of The Autistic Child: Understanding and Treating Autistic Spectrum Disorders. New York:Oxford University Press.

-Simeonsson,R.J.(1994.) Risk, resilience، and prevention: Promoting the well - being of all children. Baltimore: Brookes.

-Simpson, R.L. de BOer-Ott, S.R. and Myles, B.S.(2003). Inclusion of Learners with Autism Education Settings. Top Lang Disorders,23,2,pp.116-133.

-Skinner, R.(1990).Genetic counseling. In A.E.H. Emery & D.L. Rimoin (Eds.), Principles and practice of human genetics (2d ed.)(Vol.2). New York: Churchill Livingstone.

-Smith, D., (2001). Introduction to Special education; Teaching In an age of Challenge, of challenge, Allyn & Bacon: Boston.

-Smith, M.D.(1992) Community Integration and Supported Employment.((Autism Identification, Education, and Treatment, ed. By Berkell, D.(pp.253-271).New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers)).

-Smith,D. (2004). Introduction to special education: teaching in an ageof opportunity. Boston: Allyn and bacon.

-Sparks, S.N. (1984). Birth defects and speech-language disorders. Boston: College-Hill Press.

-Stainback, S., Stainback,W., & Ayres, B. (1996).Schools as inclusive communities.InW.Stainback&S.Stainback(Eds.) Controversial issues confronting special education: Divergent perspectives (2d ed.)(pp.31-43).Boston: Allyn and Bacon.

-Stayton, V., & Johanson, L. (1990): Personnel preparation in early childhood special education. Journal of carly intervention, 14, pp. 352-353.

-Stephenson, A. & Richardson, K. (1980). The Mentally Retarded and Society, London, University Park Press.

-Strang, J. D., & Rourke, B. P. (1985). Arithmetic disabilities subtype: the neuropsychogical significance of specific

arithmetic impairment childhood. In rouker, B. P. (1985). Neuropsychology of Learning Disabilities: essential of Subtype analysis (PP. 167-183). New York: Guilford.

-Streng, A. H., Kretschmer, R. R., & Kretschmer L. W. (1978). Language, learning, and deafness: Theory, application and classroom management. New York: Grune and Stratton.

-Summers, J.A., Behr,S.K., & Turnbull,A.P.(1989).Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities. In G.H.S.Singer & L.K.Irvin(Eds.), Support for caregiving families (pp.27-40).Baltimore: Brookes.

-Swenson-pierce, A., Kohl,F., & Egel, A. (1987).Siblings as home trainers: A Strategy for teaching domestic skills to children. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps,12(1), 53-60.

-Telzrow,C.F..(1991). Prekindergarten children with special needs, Elementary School Guidance & Counceling, Oct, Vol. 26 Issuel. Ux.

-Terman, L. M., & Oden, M. H. (1951). The Stanford studies of the gifted. In P. A. Witty (Ed.), The gifted child. Lexington, MA: Heath.

-Thompson, L., & Jean, C. (1997).Pathways to family empowerment: Effect of family-centered delivery of early intervention services. Exceptional Children, 64,7-18.

-Trumbull, A.P., Trumbull, H.R., & Blue Baning, M. (1994): Enhancing inclusion of toddelers with disabilities and their families: A theoretical. And programmatic analysis. Infants and young children, 7 (2), pp.1-14.

-Turnbull, A.P., & Turnbull, H.R.(1997).Families, professionals, and exceptionality: A special partnership(3d ed.).Upper Saddle River,NJ: Merrill.

-Ulrich DA, Ulrich BD, Angulo-Kinzler RM, Yun J. (2001): Treadmill training of infants with Down syndrome: evidence based developmental outcomes.

-Unesco (2000) - Review of the present Situation of Special Education. Paris - Unisco.

-Vaughn, S., Schumm, J.S. & Arguelles, M.E. (1997).The ABCDEs of co-teaching. Teaching Exceptional Children,30(2), 4-10.

-Villa,R.A.,Thousand, J.A.,Meyers,H.,& Nevin,A.(1996).Teacher and administrator perceptions of heterogeneous education, Exceptional Children,63(1),29-45.

-Walberg, H. J. (1982). Child traits and environmental conditions of highly eminent adults. Gifted Child Quarterly, 25, 103-107.

-Walker,H.&Slywester,R.(1991).Where is school along the path to prison?Educational Leadership,14-16.

-Wang SW,Boerner K,(2008), Staying connected: re-establishing social relationships following vision loss.University of California, Los Angeles, CA 90095, USA. shuwenwang@ucla.ed.

-Wang Wy, Ju yH, (2002): Promoting balance and jumping skills in children with Down syndrome.

-Warren, c. & Hasennstab، S. self: (1986). Concept of severely to profound hearing -impaired children. The volt review, vol.88,No6,pp.

-Wees. J. (1993). Gifted/ Learning disabled: Yes, They exist and here are some successful ways to teach them. Gifted International, 8(1), 48-51.

-Werner,E.E (1999).Risk and protective factors in the lives of children with high-incidence disabilities.In R. Gallimore,L.P. Bernheimer,D.L.

-Werner,E.E(1986).The concept of risk from a developmental perspective. In Advances in special education(Vol.5) (pp.1-23).Greenwich,CT:JAI Press.

-Werner,EE.,$Smith,R.S.(1982).Vulnerable, but invincible: A Longitudinal study of resilient children and youth.New York: MacGrow-Hill.

-Whitney-Thomas,J.,& Hanley Maxwell,C.(1996).Packing the parachute: Parents' experiences as their children prepare to leave high school. Exceptional Children,63(1),75-87.

-Wing,L.(1993) Autistic Continuum Disorders: An Aid to Diagnosis. London: The National Autistic Society.

-Wing,L.(1996) The Autistic Spectrum: A Guide to Parents and Professionals. London: Constable and Company.

-www. Islamoline. Net.

-www.Eurlyaid net. What is early intervention. (2001).

-www.Kidsourec. Com, What is early intervention, (2000).

-www.Portage.org, National Portage Association, The Portage Project, (2003).

-Young,B. Simpson,R.L. Myles,B.S. and Kamps,D.M.(1997) An Examination of Paraprofessional Lnvolvement in Supporting

Inclusion of Students with Autism.Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 12,1,pp.31-48.

-Ysseldke,J.,& Algozzien,B. (1995).Special education apracticalapproach to teachers. New Jersy: Houghton Mifflincompany.

-Ysseldyke, J. & Algozzine, (1990). Special Education: Apractical approach for teachers. Houghton Mifflin company: Boston.

-Zuniga,M. (1998). Families with Latino roots. In E.W.Lynch & M.J.Hansen (Eds.),Developing cross-cultural competence (2d ed.) (pp.209-245).Baltimore:Brookes.

-Stephnes, L.C., & Tauber, S.K. (2001). Early Intervention. In J. Case-Smith (Ed), Occupational Therapy for Children (pp.708-729). St Louis: Mosby.

المؤلفان في سطور



الدكتور مصطفى نوري القمش

- عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية السابق.
- أستاذ التربية الخاصة المشارك/ جامعة العلوم الإسلامية العالمية.
- أستاذ التربية الخاصة المشارك في جامعة البلقاء التطبيقية.
- أستاذ التربية الخاصة المشارك في جامعة عمان العربية سابقاً.
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- شارك في مؤتمرات محلية وخارجية.
- قام بتدريس مساقات جامعية في تخصصات التربية الخاصة، وعلم النفس التربوي لدرجات البكالوريوس والماجستير والدكتوراه.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- نائب رئيس الجمعية العربية لصعوبات التعلم .
- له أربعة عشر كتاباً منشوراً.
- له خمسة عشر بحثاً علمياً محكماً ومنشوراً.
- البريد الإلكتروني:

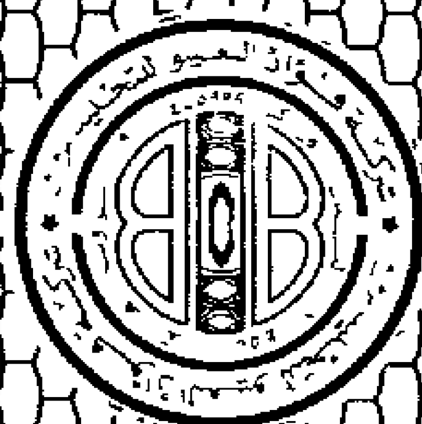
Must_km1969@yahoo.com d.mustafa-km@hotmail.com

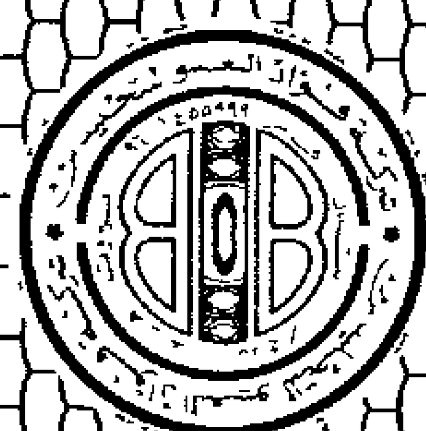


الدكتور فؤاد عيد الجوالده

- مساعد عميد كلية العلوم التربوية والنفسية بجامعة عمان العربية.
- عميد شؤون الطلبة السابق في جامعة عمان العربية.
- أستاذ التربية الخاصة المساعد في جامعة عمان العربية.
- عضو اللجنة العليا المشرفة على جائزة البحث العلمي لطلبة الجامعات الأردنية المنظمة من مركز دراسات الشرق الأوسط للدورتين (12، 13) لعاميّ (2010 ـ2011).
- شارك في العديد من الدورات التدريبية الداخلية والخارجية.
- شارك في مؤتمرات محلية وخارجية.
- قام بالتدريس في كليات القوات المسلحة في الأردن والسعودية.
- قام بتدريس مساقات جامعية في تخصصات التربية الخاصة، وعلم النفس التربوي لدرجتي البكالوريوس والماجستير.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير.
- عضو في بعض لجان المجالس والجمعيات الرسمية في الأردن.
- عضو الجمعية العربية لصعوبات التعلم.
- له عشرة كتب منشورة.
- له أحد عشر بحثاً علمياً محكماً.
- البريد الإلكتروني:

jawaldehfuad@yahoo.com jawaldehfuad@hotmail.com



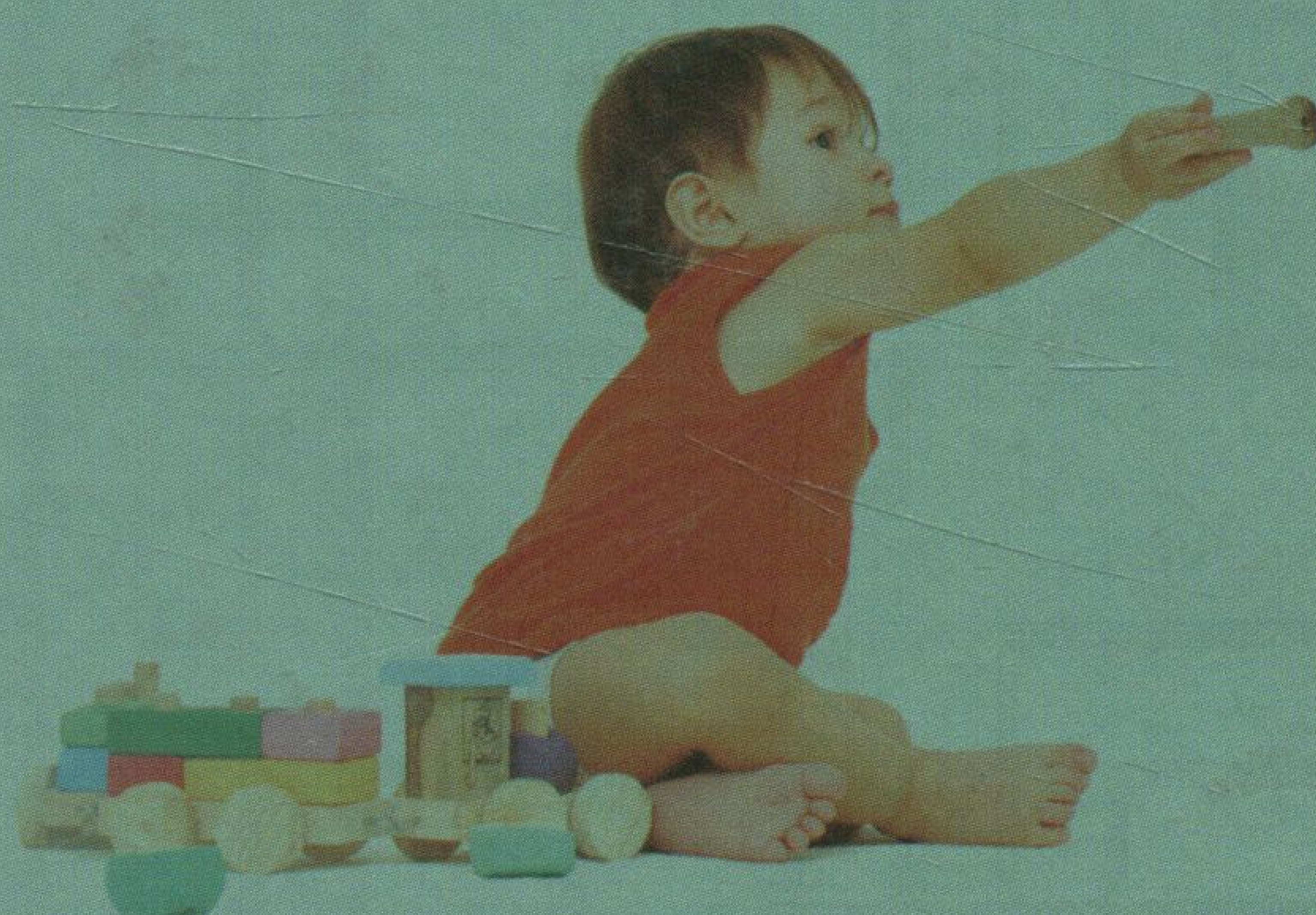


Early Intervention

At Risk Children

Dr.
Mustafa N. Alqmesh

Dr.
ljawaldeh



ISBN 978-9957-16-847-6





الثقافة للتصميم والإخراج



دار الثقافة للنشر والتوزيع

أسسها خالد محمود جبر حيف عام 1984 عمان - الأردن
Est. Khaled M. Jaber Haif 1984 Amman - Jordan
www.daraltaqafa.com